

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps)

PAR
AUDREY GILBERT

EXPLORATION DES BESOINS ET DE L'EXPÉRIENCE DES ADULTES VICTIMES
D'AGRESSION SEXUELLE DANS LES CENTRES DÉSIGNÉS

DÉCEMBRE 2015

Sommaire

Dans la foulée des moyens pris par le Gouvernement du Québec pour améliorer les services destinés aux victimes d'agression sexuelle, les centres désignés ont été implantés dans la province afin d'offrir une réponse adaptée à leurs besoins. La présente étude, s'inscrivant dans le cadre d'une recherche plus vaste visant à évaluer l'implantation des centres désignés, a pour objectif d'explorer la perspective des victimes quant à l'expérience des soins reçus dans les centres désignés et quant aux aspects aidants et nuisibles à leur rétablissement. Un devis descriptif a été employé, soit l'étude de cas multiples de type qualitative. Un échantillon de six victimes d'agression sexuelle volontaires, d'âge adulte et ayant reçu des services médicaux ou psychosociaux en lien avec une agression sexuelle depuis l'implantation des centres désignés en 2002 a été constitué. L'analyse de contenu inductive a été utilisée afin de dégager les thèmes émergents des entrevues téléphoniques réalisées avec les participantes. Les résultats ont permis de constater que la satisfaction par rapport aux services reçus dans les centres désignés est variable, mais que certains éléments spécifiques contribuent à diminuer leur appréciation générale. Les victimes ont abordé des obstacles au cours de leur trajectoire et certaines ont vécu différentes formes de revictimisation pouvant se manifester par des difficultés d'accès aux services appropriés ou par des attitudes négatives telles que blâmer la victime pour l'agression subie. La présente recherche apporte également à la compréhension des trajectoires dans les services. Il est constaté que les participantes dont l'agression sexuelle remontait à plus de six mois ont rencontré des difficultés d'accès aux services. Un autre constat important est la méconnaissance des ressources

évoquée par les participantes. Malgré la volonté du Gouvernement du Québec d'offrir des services qui correspondent aux besoins de toutes les victimes d'agression sexuelle de la province, la présente recherche suggère qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts en ce sens. À la lumière des résultats et des connaissances sur le sujet, il a été possible de dégager différentes pistes de solution pour y parvenir, notamment en favorisant la concertation entre les partenaires pour établir des trajectoires adaptées aux besoins, en clarifiant les rôles de chacun, en outillant les intervenants amenés à travailler auprès de cette clientèle ainsi qu'en informant davantage la population des services offerts par les centres désignés.

Table des matières

| | |
|--|------|
| Sommaire | ii |
| Table des matières | iv |
| Remerciements | viii |
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 4 |
| Définition de l'agression sexuelle | 5 |
| Statistiques sur l'agression sexuelle | 7 |
| Réactions et séquelles associées à l'agression sexuelle | 11 |
| Modèles d'organisation des services destinés aux victimes d'agression sexuelle .. | 16 |
| Description des services offerts dans les centres désignés | 22 |
| État des connaissances sur l'expérience des victimes concernant les services | 28 |
| Objectif et questions de recherche..... | 36 |
| Méthode..... | 38 |
| Devis de recherche | 39 |
| Recrutement et participants | 40 |
| Outils de collecte de données | 41 |
| Déroulement | 42 |
| Stratégie d'analyse | 44 |

| | |
|--|----|
| Résultats | 47 |
| Renseignements sociodémographiques sur les participantes | 48 |
| Trajectoire des participantes..... | 49 |
| Éléments déclencheurs de la recherche de service | 49 |
| Trajectoire jusqu'à l'arrivée aux centres désignés | 51 |
| Recherche de services pour une agression sexuelle récente..... | 51 |
| Recherche de services pour une agression ancienne | 52 |
| Perception des services dans les centres désignés..... | 53 |
| Accueil..... | 54 |
| Explications concernant les étapes | 54 |
| Examens médicaux et médicolégaux. | 55 |
| Soutien émotionnel..... | 56 |
| Référence ou inclusion de partenaires dans l'intervention..... | 59 |
| Obstacles et difficultés perçus par les victimes..... | 60 |
| Manque de connaissances des ressources | 60 |
| Manque de ressources | 62 |
| Difficulté à aborder l'agression sexuelle..... | 62 |
| Crainte de se déplacer seul | 63 |
| Obstacle financier..... | 64 |

| | |
|---|----|
| Besoins ressentis..... | 64 |
| Besoin de soutien émotionnel..... | 64 |
| Besoin de soins médicaux et médicolégaux | 66 |
| Besoin d’être orienté dans les services et d’être guidé dans les démarches..... | 67 |
| Besoin de soutien pour les proches | 67 |
| Besoin d’aide matérielle | 67 |
| Perception des attitudes des intervenants | 68 |
| Disponibilité | 68 |
| Prendre au sérieux et croire la victime | 68 |
| Empathie..... | 69 |
| Offrir des choix | 70 |
| Être calme | 71 |
| Atténuer la culpabilité | 72 |
| Discrétion | 72 |
| Niveau de satisfaction | 72 |
| Suggestions des participantes pour améliorer les services | 74 |
| Discussion | 77 |
| Questions de recherche..... | 78 |
| Trajectoire des participantes..... | 78 |

| | |
|--|-----|
| Besoins ressentis par les participantes..... | 91 |
| Attitudes appréciées et attitudes perçues négativement | 92 |
| Niveau de satisfaction | 93 |
| Suggestions pour améliorer les services..... | 94 |
| Forces et limites de l'étude..... | 95 |
| Principales retombées et applications..... | 99 |
| Conclusion | 105 |
| References | 108 |
| Appendice A..... | 118 |
| Appendice B..... | 121 |
| Appendice C..... | 123 |
| Appendice D..... | 125 |
| Appendice E..... | 128 |
| Appendice F | 134 |
| Appendice G..... | 138 |

Remerciements

C'est avec beaucoup de bonheur que je prends ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui ont contribué de différentes façons à cet essai doctoral. D'abord, je tiens particulièrement à remercier ma directrice, Jacinthe Dion. Ton écoute, tes conseils judicieux, ta disponibilité et ton approche très humaine sont une source d'inspiration et tu continueras certainement d'influencer mon cheminement. Je remercie l'équipe de recherche sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible, particulièrement Delphine Collin-Vézina, David Silva et Charlotte Gagnier. Mes sincères remerciements aux participantes qui ont donné de leur temps et ont accepté de livrer leur expérience. Ce projet fait partie d'une plus vaste étude financée par les Fonds de recherche du Québec – Société et Culture ayant permis sa réalisation. Je remercie également l'UQAC et le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) pour le soutien financier. Je remercie également mes parents qui ont toujours cru en moi et m'ont soutenue dans mes projets. Un merci tout spécial à mon frère dont je suis si fière. Tu es un confident exceptionnel et ton courage m'a inspirée plus que tu le crois. Merci à Philippe pour chaque moment, tes petites attentions et tes précieux conseils. Je remercie également ma belle-famille et mes amis pour le soutien et les beaux moments qui m'ont permis de décrocher pour mieux revenir. Sur une note un peu plus légère, je remercie mon chat Goliath pour les ronrons réconfortants qui ont accompagné ma rédaction. S'il restait par malheur des coquilles, c'est sa contribution personnelle, car il se pressait de s'étendre sur le clavier dès que j'avais le dos tourné.

Introduction

En 2001, le Gouvernement du Québec publiait les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* et établissait ainsi que l'agression sexuelle est un problème social inadmissible face auquel il était nécessaire d'établir un plan d'action. Dans la même année, le processus d'implantation des centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle a débuté (Gouvernement du Québec, 2007) et c'est l'année suivante que les premiers centres désignés ont commencé à offrir leurs services (Collin-Vézina et al., 2011). À partir d'expériences et de modèles d'organisation de services médicosociaux existant, dont ceux de Montréal, de Québec et de Sherbrooke (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), les centres désignés ont été mis sur pied pour que toutes les victimes d'agression sexuelle de la province puissent accéder à des services médicosociaux ainsi qu'à un suivi qui correspondent à leurs besoins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b).

À la lumière des écrits soulignant les nombreuses conséquences négatives possibles pour les victimes et appuyant l'importance de l'accès à des services appropriés, il ne fait aucun doute qu'il est important de se pencher sur la capacité des centres désignés à répondre aux besoins des victimes. À notre connaissance, aucune étude ne s'y est penchée à ce jour. Dans le contexte d'une étude plus large visant à évaluer l'implantation des services pour les victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés du Québec, la présente recherche a donc comme objectif d'explorer

l'expérience et les besoins des victimes d'agression sexuelle ayant reçu des services dans un centre désigné ainsi que de se pencher sur leur perception des services reçus. Une meilleure compréhension de leur expérience et des éléments perçus comme aidants ou nuisibles pour leur rétablissement pourra ainsi permettre de cibler des améliorations ou des pistes à approfondir par rapport aux services prodigués dans les centres désignés.

La première partie de cet essai doctoral est constituée d'une mise en contexte théorique sur la problématique de l'agression sexuelle incluant la définition de l'agression sexuelle, sa prévalence ainsi qu'une présentation des réactions et séquelles qui lui sont souvent associées. La recension des écrits décrit également d'autres modèles d'organisation des services existants afin de permettre une comparaison avec les centres désignés, eux-mêmes décrits par la suite. Finalement, la recension décrit l'état des connaissances sur les besoins et la perception des victimes par rapport à ces services. Le second chapitre précise les objectifs adressés par la présente étude et décrit la méthodologie employée pour y parvenir. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus à partir des analyses réalisées. La discussion, retrouvée au quatrième chapitre, fournit des pistes ainsi que des éléments d'explications aux résultats obtenus. Elle permet également de réaliser le parallèle avec les connaissances actuelles sur le sujet et d'étayer des éléments de réflexions concernant les limites et les retombées de la recherche. Pour clore, les principaux éléments dégagés sont mis en évidence dans la conclusion.

Contexte théorique

Dans les lignes suivantes, une mise en contexte de la problématique est effectuée. Cette section contient d'abord une définition de l'agression sexuelle, de l'information sur sa prévalence ainsi qu'une recension concernant les réactions et séquelles qui y sont associées. Par la suite, les services similaires à ceux des centres désignés offerts dans le cadre du modèle des Sexual Assault Nurse Examiners (SANE), sont décrits en portant un regard sur leurs avantages et limites. Le fonctionnement des centres désignés au Québec est également traité afin de permettre une comparaison avec le modèle SANE qui est établi à plusieurs endroits aux États-Unis, mais aussi au Canada et qui a fait l'objet de plusieurs recherches (Ledray, 1999). Pour terminer, l'état des connaissances sur les besoins des victimes et leur perception des services reçus dans d'autres organisations similaires sont également abordés.

Définition de l'agression sexuelle

Dans les écrits, différentes définitions de l'agression sexuelle ont été élaborées selon le point de vue utilisé, qu'il s'agisse de l'approche légale, médicale ou sociale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). De façon générale, les définitions du viol ou de l'agression sexuelle comportent une description de l'acte, de la tactique utilisée pour contraindre et spécifient l'absence de consentement (Cook, Gidycz, Koss, & Murphy, 2011). Au Québec, des intervenants de plusieurs milieux se sont réunis pour formuler les bases d'une compréhension commune de la problématique, par le biais des orientations

gouvernementales en la matière qui comprennent une définition de l'agression sexuelle s'appliquant à tous, sans égard au type de geste à caractère sexuel posé ou au contexte (Gouvernement du Québec, 2001).

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. (Gouvernement du Québec, 2001, p. 22).

Cette définition englobe d'autres expressions telles que viol, abus sexuel, infraction sexuelle, contact sexuel, inceste ou pornographie juvénile (Gouvernement du Québec, 2001). La définition énoncée dans le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes*, un outil de référence pour les intervenants, inclut également les termes violence sexuelle, sévices sexuels, exploitation sexuelle, harcèlement sexuel et proxénétisme (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Elle énonce que l'agression sexuelle d'une personne « c'est lui imposer des attitudes, des paroles ou des gestes à caractère sexuel contre sa volonté ou sans son consentement » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a, p. 17) et précise certains éléments, notamment les comportements auxquels les agresseurs peuvent avoir recours, soit la manipulation affective ou matérielle, l'intimidation, la menace ou le chantage et la violence verbale, physique ou psychologique. Cette même définition indique également que l'agresseur peut être connu de la victime, bien que ce ne soit pas toujours le cas, que le sexe et l'âge de l'agresseur ou de l'agressé n'importent pas et que l'agression sexuelle peut être

subtile et ne pas laisser de traces. Il existe également plusieurs autres conceptualisations de ce phénomène, proposées notamment par des chercheurs étudiant la problématique, par des organisations gouvernementales, par des organismes communautaires ou encore par concertation entre différents milieux. Du côté canadien, on retrouve la définition adoptée dans les écrits du Ministère de la Sécurité publique (2011) basée sur le Code criminel canadien et celle du Centre canadien de la statistique juridique (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Certaines organisations canadiennes utilisent également la définition du Comité du programme d'intervention SANE, programme ayant aussi pour but de répondre aux multiples besoins des victimes (Ledray, 1999); voir Appendice A pour ces définitions de l'agression sexuelle). Par ailleurs, toutes reflètent le préjudice inacceptable que de pareils gestes entraînent chez la victime.

Statistiques sur l'agression sexuelle

Afin de bien comprendre l'ampleur du phénomène de l'agression sexuelle, il importe d'abord de se pencher sur les forces et faiblesses des sources d'information disponibles à ce jour permettant de le quantifier. De façon générale, on retrouve principalement deux sources de données concernant la prévalence de l'agression sexuelle, issues respectivement de données policières et de sondages effectués auprès d'échantillons représentatifs de la population. Au Québec et au Canada, les statistiques policières, compilées de façon uniforme, continue et détaillée, présentent l'avantage d'être compilées annuellement (Ministère de la Sécurité publique, 2008), alors que les données de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada sont plutôt recueillies à des

intervalles de cinq ans (Perreault & Brennan, 2010). Les données provenant d'enquêtes permettent pour leur part d'obtenir de l'information sur les incidents ne venant pas à l'attention de la police (Gannon & Mihorean, 2005; Perreault & Brennan, 2010). Par contre, elles sont sujettes aux erreurs d'échantillonnages et comptent sur l'exactitude des souvenirs des répondants et sur la fidélité de leur déclaration (Perreault & Brennan, 2010). De plus, des choix méthodologiques, par exemple la définition utilisée, le contexte dans lequel la collecte de donnée est réalisée ou les caractéristiques de l'échantillon utilisé, entraînent des variations dans les taux de prévalence obtenus par sondage (Cook et al., 2011; Koss, 1993a). Les statistiques policières sont, quant à elles, basées sur les événements signalés et retenus, mais ne fournissent donc pas un portrait complet du nombre d'agressions sexuelles (Ministère de la Sécurité publique, 2008), d'autant plus qu'il s'agit d'un des crimes les moins signalés aux autorités policières (Gannon & Mihorean, 2005). En effet, concernant le dévoilement, il est estimé qu'environ une victime sur dix signale l'agression sexuelle à la police (Brickman & Briere, 1984; Gannon & Mihorean, 2005). Une étude auprès d'un échantillon de la population québécoise a trouvé que 20 % des victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance n'avaient encore jamais dévoilé l'agression à personne et que plus de la moitié avait attendu au moins cinq ans après la survenue de la première agression avant de dévoiler (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Malgré cela, un regard sur l'ensemble des données disponibles, en tenant compte de ces limites, permet d'avoir une idée de l'ampleur du problème.

En ce qui concerne les données de source policière, la dernière compilation révèle qu'en 2013, 5526 infractions sexuelles, incluant 3855 agressions sexuelles et 1671 autres infractions d'ordre sexuel, ont été enregistrées au Québec, ce qui représente un taux de 67,8 infractions par 100 000 habitants (Ministère de la Sécurité publique, 2015). Il faut souligner que même si une victime a subi plus d'une infraction lors du même événement, seule l'infraction la plus grave a été comptabilisée, faisant ainsi en sorte que le nombre d'infractions équivaut approximativement au nombre de victimes. Toutefois, 19,8 % des infractions signalées remontaient à plus d'un an (Ministère de la Sécurité publique, 2015). En comparaison, dans l'ensemble du pays, en 2007, un taux d'environ 73 infractions pour 100 000 Canadiens ont été portées à l'attention des forces policières (Brennan & Taylor-Butts, 2008).

Au Canada, l'Enquête sociale générale de 2004 sur la victimisation a permis de recenser environ 512 000 agressions sexuelles s'étant déroulées dans les 12 derniers mois précédant le début de l'enquête, et ce, chez les personnes de 15 ans et plus, ce qui correspond à un taux de 1 977 incidents pour 100 000 personnes (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Dans différents échantillons, les études sur la prévalence de l'agression sexuelle couvrant la vie entière suggèrent des taux variant entre 17,6 % et 27,6 % chez les femmes (Brickman & Briere, 1984 : 21%; Cloutier, Martin, & Poole, 2002 : 19%; Masho, Odor, & Adera, 2005 : 27,6%; Tjaden & Thoennes, 1998 : 17,6%) et 3 % à 12,9 % chez les hommes (Masho & Anderson, 2009 : 12,9%; Tjaden & Thoennes, 1998 : 3%). Pour ce qui est des agressions sexuelles étant survenues uniquement à l'âge

adulte, c'est une prévalence de 22 % chez les femmes et 3,8 % chez les hommes qui a été trouvée dans un échantillon américain aléatoire stratifié issu de la population générale (Elliott, Mok, & Briere, 2004). Quant à l'agression sexuelle dans l'enfance, deux méta-analyses obtiennent des taux comparables de 18,0 % et 19,7 % pour les femmes ainsi que 7,6 % et 7,9 % chez les hommes (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Il existe des variations plus ou moins importantes dans les écrits concernant les données de prévalence des agressions sexuelles, mais ce regard sur la situation permet de constater l'ampleur du phénomène. Ces données renforcent également l'importance que ce problème soit placé parmi les principales préoccupations de la société.

Quant aux caractéristiques des victimes, la majorité est constituée de femmes (Brennan & Taylor-Butts, 2008; Briere & Elliott, 2003; Elliott et al., 2004; Ministère de la Sécurité publique, 2011, 2012; Pereda et al., 2009; Perreault & Brennan, 2010; Riggs, Houry, Long, Markovchick, & Feldhaus, 2000; Stoltenborgh et al., 2011). Des taux plus élevés d'agressions sexuelles ont également été trouvés chez les jeunes, les étudiants et les personnes qui s'adonnent souvent à des activités en soirée (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Au Québec en 2012, la majorité des victimes d'infractions sexuelles, terme incluant non seulement les agressions sexuelles, mais aussi les actes de violence sexuelle envers les moins de 18 ans, connaissait leur agresseur (Ministère de la Sécurité publique, 2012). Dans une étude longitudinale incluant trois temps de mesure et ayant suivi pendant deux ans une cohorte de plus de 3000 participantes, il a été trouvé que des

antécédents de victimisations, un plus jeune âge et un diagnostic actif de trouble de stress post-traumatique augmentent le risque pour une femme adulte d'être victime d'un viol tandis qu'on ne retrouve pas de relation pour l'abus d'alcool, le revenu ou la scolarité lorsque les autres facteurs d'influence sont contrôlés (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders, & Best, 1999). Les personnes issues de tous les milieux socioéconomiques peuvent être victimes de ce crime grave (Gouvernement du Québec, 2001). Par ailleurs, certains groupes de la population courent un risque plus élevé d'être victime d'une agression sexuelle (Tourigny & Lavergne, 1995), notamment les femmes marginalisées, qu'il s'agisse de sans-abris (Gaetz, 2004) ou de travailleuse du sexe (Shannon et al., 2009), les personnes présentant un handicap physique ou mental (Martin et al., 2006; Morin, Ghosn, & Dorvil, 2003; Putnam, 2003) ainsi que la population autochtone (Collin-Vézina, Dion, & Trocmé, 2009).

Réactions et séquelles associées à l'agression sexuelle

Les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle au Québec établissent clairement les répercussions très lourdes du phénomène tant sur le plan social que sur le plan individuel (Gouvernement du Québec, 2001). Il apparaît important de dresser un portrait des impacts sur la victime, considérant que les centres désignés se doivent d'offrir les soins et services pour répondre à leurs besoins.

Suivant une agression sexuelle, il peut survenir diverses conséquences sur le plan physique. Dans un sondage mené auprès de Canadiennes, les résultats indiquent

qu'environ la moitié des victimes de viol et 13 % des victimes d'agression sexuelle rapportent des blessures physiques immédiatement suivant l'événement (Brickman & Briere, 1984). Une analyse de 1076 cas d'agression sexuelle répertoriés dans un centre de traitement des traumatismes situé aux États-Unis révèle que des blessures physiques ont été constatées dans 67 % des cas, des blessures génitales dans 53 % des cas, alors qu'on ne retrouvait aucune blessure physique dans une proportion de 20 % des victimes (Riggs et al., 2000). En fait, la majorité des infractions sexuelles au Canada serait de nature moins grave (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Par ailleurs, les malaises, les céphalées, la fatigue, les risques de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS) et les risques de grossesses non désirées font partie des conséquences possibles sur le plan physique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer, & Kilpatrick, 2000). L'apparition ou l'exacerbation de symptômes de douleurs ou de symptômes somatiques persistant minimalement trois mois après l'agression sont également trouvées chez plus de la moitié des participantes dans une étude portant sur des victimes adultes ayant recherché des soins médicaux dans les 48 heures (Ulirsch et al., 2014). De même, une incidence plus élevée de symptômes de douleur chronique et une utilisation accrue des services de santé ont été trouvées dans un groupe de femmes présentant une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance en comparaison avec un groupe contrôle (Finestone et al., 2000). Ainsi, il apparaît qu'à différents moments après l'agression, les victimes peuvent souffrir de problèmes physiques. Il ne faut pas perdre de vue que certaines agressions sexuelles ne laissent pas de traces visibles, mais que la victime peut tout de même nécessiter des soins médicaux.

Il est bien établi à ce jour que les réactions sur le plan psychologique se manifestent de différentes façons d'une victime à l'autre (Hanson, 1990; Littleton & Grills-Taquechel, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Plusieurs recensions des écrits ont d'ailleurs documenté les effets de l'agression sexuelle subie à l'âge adulte sur la santé mentale et psychologique des victimes (voir p. ex., Briere & Jordan, 2004; Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009; Ellis, 1983; Hanson, 1990; Koss, 1993b; Koss, Bailey, Yuan, Herrera, & Lichter, 2003; Resick, 1993). Parmi ces publications, certaines se sont intéressées aux conséquences immédiates et ont révélé que la plupart des victimes montrent une réaction aiguë immédiatement après l'agression. Pour certaines, cette réaction s'atténuera dans les trois mois suivants, alors que d'autres continueront de vivre des problèmes chroniques pour une période indéterminée (Ellis, 1983; Hanson, 1990; Koss, 1993b; Resick, 1993). La colère, la confusion, la frustration, un état de choc, de l'incrédulité, un sentiment de contrariété et la peur sont les réactions émotives les plus courantes rapportées à la suite de l'agression sexuelle (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Les perturbations immédiates rapportées par les victimes peuvent inclure aussi l'augmentation de l'anxiété et de la nervosité, la dépression, les problèmes de sommeil, des pleurs, un sentiment de solitude, des difficultés de concentration, des peurs intenses et des changements d'humeur rapides (Brickman & Briere, 1984). Par ailleurs, une étude américaine de type prospective s'est intéressée à l'occurrence du trouble de stress post-traumatique chez un échantillon de 95 femmes âgées entre 17 et 65 ans et a trouvé que presque toutes les victimes, soit 94 %,

présentent des symptômes qui correspondent aux critères de ce trouble tôt après l'agression, proportion qui tend à décroître jusqu'à environ la moitié (47 %) des victimes après 3 à 4 mois (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Pour sa part, une étude québécoise a révélé qu'un peu plus de trente jours après l'événement, une grande majorité des victimes (64 %) souffrait de symptômes post-traumatiques assez importants pour correspondre à un diagnostic de trouble de stress post-traumatique, alors que ce nombre diminuait à 43 % après quatre mois (Brillon & Marchand, 1997). L'étude québécoise a aussi montré que la moitié des victimes de leur échantillon souffraient de dépression majeure à la suite de l'agression, qu'il y avait une diminution des symptômes au fil du temps, mais que les symptômes demeuraient cliniquement significatifs pour plusieurs participants. De plus, les symptômes dépressifs du groupe de victimes sont demeurés statistiquement différents des résultats du groupe contrôle (Brillon & Marchand, 1997).

Campbell et ses collaborateurs (2009) notent une grande constance dans les écrits au fil des années à l'effet que l'agression sexuelle soit l'un des traumatismes les plus sévères qui entraîne également de nombreuses conséquences à long terme. En plus de la dépression et du trouble de stress post-traumatique, les répercussions à plus long terme fréquemment mentionnées dans les écrits, portant principalement sur les victimes de sexe féminin, incluent la peur et l'anxiété, la dépendance à l'alcool, l'utilisation de substances illicites, la présence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide, les perturbations du fonctionnement sexuel, des difficultés sur le plan de l'estime de soi et

des problèmes relationnels (Briere & Jordan, 2004; Campbell et al., 2009; Ellis, 1983; Hanson, 1990; Koss et al., 2003; Koss, 1993b; Resick, 1993; Resnick, Acierno, et al., 2000; Steketee & Foa, 1987). Concernant plus spécifiquement les victimes de sexe masculin, les quelques données disponibles à ce jour suggèrent que les conséquences de l'agression sexuelle chez les hommes sont similaires à celles documentées chez les femmes et qu'ils vivent autant, voire plus de détresse psychologique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a; Peterson, Voller, Polusny, & Murdoch, 2011).

Beaucoup d'adultes, majoritairement des femmes, mais aussi des hommes, recherchent de l'aide pour des agressions sexuelles subies dans l'enfance (Gouvernement du Québec, 2001). L'agression sexuelle dans l'enfance est associée à divers troubles de santé mentale et physique importants à l'âge adulte (Freyd et al., 2005; Maniglio, 2009) et est définie par certains comme un facteur de risque important pour une panoplie de symptômes psychologiques dans la population en général (Briere & Elliott, 2003; Maniglio, 2009). Les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance sont également plus à risque de troubles comportementaux et sexuels (Maniglio, 2009). Dans une analyse systématique de 14 recensions des écrits incluant un total de 587 études, les symptômes psychotiques, la dépression, l'anxiété, la dissociation, la somatisation, les troubles de la personnalité, une faible estime de soi, des idéations ou comportements suicidaires, l'automutilation, l'abus de substance, des dysfonctions sexuelles, les problèmes interpersonnels et sociaux ont été identifiés comme des difficultés auxquelles les victimes sont vulnérables, bien qu'il ne soit pas possible à ce jour d'établir de

relation de causalité en raison de lacunes méthodologiques des études disponibles et de la présence possible de variables confondantes (Maniglio, 2009). L'auteur soulève la présence de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux ou autres qui peuvent contribuer à augmenter le risque de conséquences négatives. Ainsi, il importe de nuancer ce portrait général en soulignant les différentes variables parfois interdépendantes qui ont une influence sur les séquelles (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Afin d'offrir une aide efficace et appropriée, il apparaît donc important de tenir compte de la situation unique de chaque victime, que l'agression ait eu lieu dans l'enfance ou à l'âge adulte, tout en gardant en tête les multiples conséquences qui peuvent survenir à différents moments de leur vie.

Modèles d'organisation des services destinés aux victimes d'agression sexuelle

Pour obtenir de l'aide, les victimes peuvent choisir de se tourner vers des ressources d'aide informelles (conjoint, famille, amis, etc.) ou formelles (Ullman & Filipas, 2001). En effet, il apparaît que la recherche d'aide et de soutien est une raison fréquente de dévoiler l'agression (Ahrens, Campbell, Ternier-Thames, Wasco, & Sefl, 2007). Par contre, plusieurs chercheurs sont arrivés au constat que les réactions négatives suivant un dévoilement peuvent avoir un effet préjudiciable sur le rétablissement des victimes (Ahrens et al., 2007; Ahrens, 2006; Campbell et al., 1999) et les amener par la suite à garder le silence (Ahrens, 2006; Symes, 2000). Ce silence peut être accompagné de l'adoption de comportements néfastes (p. ex. conduites suicidaires, automutilation, consommation de drogues ou d'alcool, négligence parentale, actes destructeurs,

violence) qui émergent d'un besoin croissant de reconnaissance, d'aide et de protection (Symes, 2000). S'ajoutant à la panoplie de difficultés auxquelles les victimes peuvent faire face suivant une agression sexuelle, ces éléments justifient la nécessité de reconnaître leur situation et d'offrir des interventions appropriées pour leur venir en aide en développant des ressources adéquates. Des auteurs ont émis l'hypothèse que des soins accessibles en temps opportun après une agression sexuelle ont le potentiel de réduire les séquelles à long terme et les coûts des soins de santé liés à celle-ci (Resnick, Holmes, et al., 2000). La présente section s'attarde donc aux connaissances actuelles concernant les ressources similaires aux centres désignés offrant des services médicaux et qui effectuent l'intervention médico-légale et médicosociale pour les victimes d'agression sexuelle.

Lorsque les victimes d'agression sexuelle se dirigent vers les services d'urgence des hôpitaux, les services consistent généralement à documenter l'histoire, examiner la victime, soigner ses blessures physiques, à s'assurer que la victime ait le soutien psychologique nécessaire, à faire la collecte de preuves médico-légales et à assurer la prévention des ITS et des grossesses non désirées si nécessaire selon des protocoles établis (Beebe, 1991; Burgess & Holmstrom, 2012). Toutefois, au fil des années, des critiques ont été émises par rapport aux interventions dans les départements d'urgence des hôpitaux. Ahrens et son équipe (2000) de même que Ledray (1999) ont recensé sensiblement les mêmes limites, notamment que les victimes sont souvent considérées comme non prioritaires et qu'elles doivent attendre plusieurs heures, car elles ne

présentent pas toujours de blessures physiques graves. Par conséquent, elles sont souvent exposées pendant de longues heures à l'environnement chaotique du département d'urgence, alors qu'elles ne peuvent manger, boire ou uriner pour ne pas détruire les preuves (Ledray, 1999; Littel, 2001) et qu'elles ont plutôt besoin de calme, de confort et d'intimité (Ahrens et al., 2000; Beebe, 1991). Ces mêmes auteurs relèvent que le personnel médical n'est pas toujours formé adéquatement pour réaliser la procédure et qu'il est souvent pressé, alors que la victime peut avoir besoin de temps pour se préparer émotionnellement ou pour se faire expliquer le déroulement de l'examen (Ahrens et al., 2000; Ledray, 1999). Ahrens et son équipe (2000) ont aussi noté dans leur recension que le personnel médical n'aurait parfois pas la volonté de réaliser ce type d'intervention en raison du temps nécessaire et de la possibilité d'avoir à témoigner en cour par la suite. En outre, la collecte de preuves médico-légales est souvent centrale dans les interventions prodiguées dans ces établissements, ce qui peut être au détriment des autres besoins de la victime (Campbell, Patterson, & Lichty, 2005). Pour terminer, aux États-Unis, certaines victimes doivent payer des frais pour les soins reçus (Ahrens et al., 2000; Ledray, 1999). De façon plus générale, plusieurs études sont arrivées au malheureux constat que les victimes peuvent être traitées de façon inadéquate par les ressources d'aide formelle ayant des comportements et des pratiques néfastes, ce qui crée ainsi une forme de revictimisation (Campbell & Raja, 1999; Campbell et al., 1999; Ullman & Filipas, 2001).

En réaction aux lacunes observées et dans le but d'améliorer les services, un modèle différent a vu le jour aux États-Unis employant des SANE, soit des infirmières spécialement formées pour effectuer le traitement des victimes d'agression sexuelle en portant attention à leurs besoins émotionnels (Campbell, Patterson, et al., 2005; Ledray, 1999). Le présent contexte théorique se penchera donc sur ce modèle particulièrement influent développé aux États-Unis et instauré également dans diverses régions du Canada, notamment en Ontario (Du Mont & Parnis, 2003; Stermac & Stirpe, 2002) et en Colombie-Britannique (Griffiths, 2003). Un protocole détaillé a été développé précisant le type de services devant être offerts aux victimes 24 heures sur 24 heures, 7 jours sur 7 afin d'uniformiser le fonctionnement des programmes SANE et leur permettre de développer un plan d'action approprié (voir Ledray, 1999). L'auteur décrit les principaux objectifs d'un programme SANE qui sont de :

Protéger la victime de la survenue d'autres agressions sexuelles; fournir des interventions en situation de crise; fournir en temps opportun des interventions complètes et professionnelles entourant la collecte des preuves médico-légales, la documentation et la préservation des éléments de preuve; procéder à l'évaluation et au traitement des infections transmises sexuellement; évaluer les risques et prévenir les grossesses non désirées; évaluer, documenter et obtenir des soins pour les blessures; diriger adéquatement la victime vers les soins médicaux et psychologiques immédiats appropriés et en assurer le suivi; renforcer la capacité des instances judiciaires à obtenir des preuves et poursuivre avec succès les cas d'agression sexuelle. [Traduction libre] (Ledray, 1999, p.8-9)

La plupart des SANE offrent ces services dans un milieu hospitalier (Campbell, Townsend, et al., 2005). Elles sont sur appel et se déplacent là où se présente la victime (Ledray, 1999). Les infirmières reçoivent généralement une formation initiale de 40 à 96 heures et ont accès par la suite à de la formation continue (Ledray, 1999). De plus, elles

travaillent en étroite collaboration avec d'autres intervenants appelés à être impliqués auprès des victimes conformément à leur approche multidisciplinaire permettant des services complets (Littel, 2001).

Dans leur recension des écrits, Collin-Vézina et ses collaborateurs (2011) ont observé qu'en contexte canadien, la prestation de services SANE, la formation nécessaire et la qualité des prélèvements recueillis sont assez similaires à ceux des programmes américains. Pour répondre aux besoins des victimes, les SANE s'efforcent de préserver leur dignité, s'assurent qu'elles ne soient pas traumatisées par l'examen médico-légal et les aident à regagner du contrôle en les laissant prendre les décisions tout au long de l'examen (Campbell, Patterson, et al., 2005). Ahrens et ses collaborateurs (2000) mentionnent d'autres avantages des SANE, dont le fait que l'examen est réalisé par une infirmière de sexe féminin ayant une formation spécialisée et de l'expérience dans l'intervention auprès de cette clientèle, le haut taux de succès dans les procédures judiciaires et la collaboration efficace avec les services de la communauté. Diverses études et recensions appuient l'efficacité et les bienfaits des SANE (Campbell, Patterson, et al., 2005; Campbell et al., 2006; Campbell, Patterson, Adams, Diegel, & Coats, 2008; Fehler-Cabral, Campbell, & Patterson, 2011; Ledray & Simmelink, 1997; Martin, Young, Billings, & Bross, 2007; Plichta, Clements, & Houseman, 2007).

Par ailleurs, on retrouve des limites à ce modèle. Le dépistage des ITS, la prévention des grossesses et l'offre de contraception d'urgence ne seraient pas toujours réalisés de

façon systématique (Campbell et al., 2006). Certaines SANE justifient l'omission de certaines composantes par le manque de ressources financières, par l'affiliation avec des hôpitaux catholiques ou encore par le fait que les résultats des tests affecteraient la crédibilité et seraient souvent utilisés contre les victimes devant les tribunaux (Campbell et al., 2006). De plus, dans certains programmes SANE, lorsque les poursuites sont considérées comme très importantes, les autres besoins des victimes peuvent être négligés (Patterson, Campbell, & Townsend, 2006). Une autre limite concerne les infirmières SANE dans le rôle de témoin. Bien que celles-ci considèrent que témoigner en cour fait partie de leurs responsabilités (Ledray, 1999; Littel, 2001), elles rencontrent des défis par rapport à la reconnaissance de leurs qualifications et compétences comme témoin expert (Campbell et al., 2007). En cas de refus, elles peuvent comparaître à titre de témoin de faits, mais ne peuvent alors que rapporter des observations, alors qu'en tant que témoin expert, elles peuvent donner une opinion professionnelle (Canaff, 2009). Une autre limite importante concerne le financement incertain pour les programmes SANE qui repose sur des collectes de fonds et des contributions d'organismes privés (Ledray, 1999). Il faut mentionner que la plupart des recherches sur le programme SANE se sont consacrées à évaluer les aspects médico-légaux et juridiques alors que les interventions et l'expérience qu'en font les victimes ont moins fréquemment fait l'objet d'études (Campbell, Patterson, et al., 2005). De façon générale, les écrits indiquent qu'il y aurait un manque de recherche ayant servi à guider le développement des initiatives visant la mise en place de services pour les victimes d'agression sexuelle et portant sur l'évaluation des services actuels (Decker & Naugle, 2009).

Description des services offerts dans les centres désignés

Dans le but d'offrir des services uniformes, complets et de qualité pour les victimes d'agression sexuelle de toutes les régions du Québec et de former des intervenants qualifiés pour répondre à la clientèle, l'organisation des services qui leur sont destinés a été mise en branle partout dans la province depuis 2002, en se basant sur les principes énoncés dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle du Gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2001). Les orientations gouvernementales définissent un centre désigné comme suit :

Un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, généralement un centre hospitalier ou un CLSC, qui offre des services médicaux et qui effectue l'intervention médicolégale et médicosociale auprès des personnes victimes d'agression sexuelle. Cet établissement travaille en partenariat avec d'autres organismes de la région. Les centres désignés sont destinés aux victimes d'agression sexuelle – enfants, adolescents et adolescentes, femmes et hommes – qui ont besoin d'une évaluation de leur état de santé, d'un examen médical ou d'un examen médicolégal. (Gouvernement du Québec, 2001, p. 85)

En réponse aux problèmes d'accessibilité, le modèle des centres désignés est apparu comme une solution offrant plusieurs avantages, notamment en offrant des services complets et de qualité aux victimes d'agression sexuelle, et ce, en tout temps, en uniformisant l'intervention, en développant et concentrant l'expertise, en assurant une meilleure formation des intervenants et en brisant l'isolement du personnel par la création d'un réseau intersectoriel (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Toutes les victimes dont l'état nécessite une évaluation de la santé physique et psychologique, un examen médical ou médicolégal, sont traitées en urgence si elles ont

subi une agression dans les 5 derniers jours tandis que les victimes dont l'agression remonte entre 6 jours et 6 mois sont reçues sur rendez-vous ou en urgence, selon le fonctionnement du centre désigné (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Au-delà d'un délai de 6 mois, le centre désigné les dirige vers des cliniques médicales ou des cabinets privés pour leurs besoins médicaux ou vers des organismes communautaires ou les services publics en santé mentale pour leurs besoins psychosociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a).

Le guide d'intervention médicosociale énonce qu'une accessibilité doit être assurée à toutes les victimes d'agression sexuelle, peu importe leur sexe et leur âge, bien que certains objectifs seront plus ou moins pertinents selon le délai entre l'agression sexuelle et l'intervention (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Il est toutefois souhaité que les victimes d'agression sexuelle soient reçues par une équipe d'intervention médicosociale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Les objectifs de l'intervention médicosociale sont les suivants:

Évaluer et satisfaire les besoins de la victime afin d'atténuer les conséquences de l'agression; informer et soutenir la victime et ses proches; déceler et traiter les lésions corporelles, en particulier les lésions génitales; prévenir une grossesse; déceler, traiter ou prévenir les ITS; recueillir des éléments de preuve: certains faits autour de l'agression, les signes et les symptômes physiques, les prélèvements médico-légaux; rassurer la victime sur son intégrité physique et psychologique, si nécessaire; s'assurer que la victime est en sécurité. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a, p.94)

Dans les centres désignés, l'organisation des services prévoit normalement une équipe médicosociale composée généralement d'intervenants psychosociaux,

d'infirmières et de médecins qui travaillent toutefois en collaboration avec d'autres instances afin d'assurer la continuité des services pour les victimes d'agression sexuelle tels que les services policiers, le procureur, les centres d'aide pour les victimes d'actes criminels et les organismes communautaires qui s'adressent aux victimes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). L'intervention médicosociale nécessitant attention, temps et concentration, il est recommandé qu'une personne se joigne au médecin dans l'intervention pour le partage des tâches et pour que la victime reçoive l'attention dont elle a besoin (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). L'intervention médicosociale se déroule normalement en six étapes (voir appendice B) avec deux étapes supplémentaires pour le suivi, mais ce protocole peut être adapté et personnalisé, l'un des principes de base de l'intervention étant de se centrer sur les besoins des victimes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b).

Les rôles sont généralement répartis de manière à ce que l'intervenant ou l'infirmière accueille, apporte un soutien émotionnel, détermine l'orientation de l'intervention et consigne l'histoire médicosociale, alors que le médecin complète l'histoire médicosociale et réalise l'examen médical ou médicolegal, assisté par l'intervenante psychosociale ou l'infirmière (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Ensuite, l'intervenante ou l'infirmière accompagne la victime dans sa déclaration à la police ou l'oriente vers les organismes appropriés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Les attitudes encouragées lors de l'intervention sont l'empathie, le respect et l'engagement sans identification à la victime (Ministère de la Santé et des

Services sociaux, 2010a). Il est également demandé de fournir l'aide sans prendre le contrôle de la situation à la place de la victime et de croire cette dernière (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). De plus, une intervention par une personne du même sexe est favorisée et s'il s'agit d'un désir, il est nécessaire de le respecter (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a).

Des instruments ont été élaborés pour faciliter le travail des intervenants médicaux, sociaux et judiciaires (Gouvernement du Québec, 2001) et sont décrits à l'Appendice C. La trousse médico-légale permettrait d'uniformiser et de garantir l'intégrité des prélèvements effectués au cours de l'examen médico-légal, de disposer de preuves scientifiques objectives pouvant éclairer certains aspects de l'agression sexuelle et de soutenir la démarche judiciaire d'une victime qui décide de porter plainte contre son agresseur (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). La trousse sans prélèvements médico-légaux a pour objectif d'offrir un cadre d'intervention adapté aux victimes d'agression sexuelle pour lesquelles les prélèvements médico-légaux ne sont pas requis ou qui ne désirent pas porter plainte (Comité du Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle, 2006). Le protocole précise que « leur utilisation doit être intégrée à une approche globale des besoins des victimes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b, p.23).

Comme il a été établi qu'il est préférable de désigner un ou plusieurs centres selon la région afin d'offrir des services complets et de concentrer l'expertise (Comité du

Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle, 2006), c'est donc à ce jour 77 centres désignés qui desservent les 17 régions administratives du Québec (Collin-Vézina et al., 2011). Le rapport préliminaire sur l'organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec établit qu'en moyenne, les centres désignés offrent des services depuis 5,1 années; ce chiffre variant de 1 à 9 années, avec une date de début des services entre 2002 et 2010 (Collin-Vézina et al., 2011). Toujours selon ce rapport, le nombre total de victimes ayant reçu des services au cours de cette période est d'au moins 11 069 individus (Collin-Vézina et al., 2011). Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle montrent une proportion de 91,5% de victimes de sexe féminin contre 8,5% de sexe masculin et 31,7% de victimes d'âge adulte contre 68,3% d'âge mineur, ce qu'il faut toutefois nuancer puisque seulement 42 sur les 62 centres participants ont fourni ces informations, dont deux offrant uniquement des services pédiatriques (Collin-Vézina et al., 2011). Les centres désignés ne présentent pas nécessairement les mêmes caractéristiques d'une région à l'autre en raison du nombre de centres qui ont été établis et de la présence ou l'absence de différents partenaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). En moyenne, le nombre de victimes ayant fréquenté un centre désigné est de 179 par centre, mais certains ont reçu jusqu'à 2087 victimes alors que d'autres n'en ont accueilli aucune. Parmi les centres, trois seulement ont accueilli plus de 1000 victimes, alors que la moitié ont reçu moins de 30 personnes (Collin-Vézina et al., 2011). Par ailleurs, les auteurs constatent de fréquentes données manquantes lors de la collecte de données et un manque de cohérence entre les données de la RAMQ et les informations compilées dans

chacun des Centres désignés dont il faut tenir compte (Collin-Vézina, Dion, & Hébert, 2014).

Par ailleurs, les deux modèles présentés dans ce contexte théorique présentent certaines similarités et divergences que Collin-Vézina et ses collaborateurs (2011) ont décrites. En contrastant les centres désignés aux programmes SANE, les auteurs ont soulevé que la principale différence a trait à l'équipe d'intervenants impliqués. Dans les centres désignés, l'équipe est essentiellement constituée d'un médecin et d'infirmières parfois accompagnés d'intervenants psychosociaux ou travaillant en collaboration avec une ressource communautaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b), alors que pour les SANE, les infirmières procèdent le plus souvent aux interventions requises et témoignent en cours (Ledray, 1999). Concernant les besoins au plan émotionnel, elles procèdent à l'évaluation et l'intervention immédiate, puis dirigent les victimes vers les ressources de la communauté (Ledray, 1999). Toujours selon Collin-Vézina et ses collaborateurs (2011), les infirmières SANE offrent des services dans les cas d'agressions récentes, alors que les centres désignés ont un mandat plus élargi. Parmi les autres différences, les auteurs notent que les SANE se déplacent dans l'établissement où se trouve la victime alors que dans les centres désignés, il arrive qu'une victime ait à se déplacer vers un autre établissement (Collin-Vézina et al., 2011).

État des connaissances sur l'expérience des victimes concernant les services

Les conséquences négatives recensées pour les victimes d'agression sexuelle démontrent qu'il est nécessaire d'offrir des interventions adéquates et efficaces pour leur venir en aide. Il a également été possible de constater que des initiatives ont été réalisées afin de répondre à leurs besoins de façon optimale. Une meilleure connaissance de l'expérience des victimes d'agression sexuelle permettrait de mieux identifier les possibles lacunes qui persistent et d'y remédier.

Malgré les efforts des dernières années, les victimes d'agression sexuelle peuvent rencontrer certaines difficultés, telles que de se voir refuser l'aide dont elles ont besoin ou encore subir des réactions ou comportements de la part des intervenants qui suscitent de la honte et de la culpabilité (Campbell & Raja, 1999; Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl, & Barnes, 2001; Campbell, 1998, 2005; Ullman & Filipas, 2001). Les réactions sociales négatives vécues par les victimes ont été associées à des conséquences sur leur santé psychologique (Campbell et al., 1999, 2001; Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007; Ullman, 1996). Ces expériences négatives sont appelées revictimisation ou victimisation secondaire, terme défini de la façon suivante : « Il s'agit des comportements et pratiques adoptés par les prestataires de services de la communauté qui blâment la victime, qui en plus de l'agression sexuelle, ajoute un traumatisme additionnel pour celle-ci. » [traduction libre] (Campbell & Raja, 1999, p. 262). À l'inverse, les réactions sociales associées à un meilleur ajustement psychologique seraient d'être écouté et cru par autrui (Ullman, 1996). Les victimes ne sont pas toujours

en mesure d'exprimer leurs besoins de façon claire et c'est pourquoi il importe de leur offrir de l'aide pour qu'elles s'expriment (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Ces besoins ont été énoncés dans le Guide d'intervention médicosocial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), soit les besoins de protection, les besoins médicaux et de santé, les besoins d'information générale, le besoin d'indemnités et les besoins fonctionnels (détaillés à l'Appendice D). Écouter, croire, protéger et informer la victime, encourager la participation à un groupe de soutien, inciter à porter plainte et traiter la victime comme un individu plutôt que comme une statistique ou un diagnostic font partie des réponses aidantes décrites par des victimes selon la recherche de Symes (2000) portant sur les comportements et processus qui amènent à rechercher de l'aide au niveau émotionnel. Cette même recherche indique que ne pas croire, juger ou minimiser l'événement, ne pas permettre un sentiment de sécurité, encourager le secret, pousser à parler avant que la victime soit prête, la laisser côtoyer l'agresseur ou la laisser seule font partie des réponses perçues comme blessantes et témoignant d'un manque de soutien (Symes, 2000). Dans le même ordre d'idée, il apparaît que l'aide des intervenants n'est pas perçue positivement si elle est fournie d'une façon froide et détachée, ce qui a amené des auteurs à suggérer que la manière dont l'aide est fournie semble être aussi importante que le type d'aide apporté (Ahrens, Cabral, & Abeling, 2009; Ahrens et al., 2007). Dans une étude comparant les points de vue des victimes à ceux des médecins, infirmières et policiers impliqués dans l'intervention, une concordance entre les récits des événements et les comportements rapportés a été retrouvée, mais les intervenants sous-estimaient l'impact de leurs comportements sur la

détresse de la victime (Campbell, 2005). Cela suggère que certains intervenants peuvent ne pas être conscients de la façon dont leurs comportements ont une incidence négative sur les victimes. Dans ce contexte, non seulement la disponibilité des services spécialisés, mais aussi la façon dont ceux-ci sont délivrés apparaissent primordiales. L'intervention se doit d'aller au-delà des modèles et des protocoles établis, en reflétant une compréhension en profondeur du vécu des victimes et de leurs besoins.

À ce jour, peu de recherches ont été menées concernant l'expérience des victimes qui reçoivent des services et la façon dont les interventions prodiguées favorisent le bien-être psychologique (Campbell, Patterson, et al., 2005). Néanmoins, quelques études s'intéressant à la perception des victimes du programme SANE et au rôle que les interventions ont tenu dans le processus de récupération ont pu être répertoriées. D'abord, Ericksen et ses collaborateurs (2002) ont mené des entrevues qualitatives semi-structurées avec huit survivants ayant reçu des services dans un département d'urgence, qui comprenait à la fois des médecins et des infirmières SANE. L'objectif visait à comprendre ce que signifiait pour les victimes de recevoir ce genre de soins par l'utilisation de l'analyse de contenu latent des récits des participants (Ericksen et al., 2002). Les thèmes majeurs ayant émergé sont que les victimes se sont senties respectées lors de l'intervention puisque leurs besoins ont été pris en compte et qu'elles ont été traitées avec dignité et respect; qu'elles ont apprécié la présence, l'écoute et la guidance de l'infirmière; qu'elles se sont senties en sécurité de par la présence et le fait que l'infirmière soit de sexe féminin; qu'elles ont apprécié d'être touchées physiquement,

par exemple qu'on leur prenne la main pendant l'examen; qu'elles se sont également senties en contrôle du fait de se faire offrir des options et de ne pas être poussées vers certains choix; qu'elles se sont senties rassurées, crues et prises en charge par le personnel; que celui-ci était compétent; qu'elles se sont senties informées, sans être submergées par trop d'informations, et finalement elles ont senti un soutien au-delà du milieu hospitalier (Ericksen et al., 2002). Ces constats ont amené les auteurs à tirer certaines conclusions ayant des implications pour la prestation de soins spécialisés aux victimes d'agression sexuelle, notamment l'importance de soins centrés sur les victimes et qui prennent en compte la personne dans sa globalité ainsi que de la présence d'une seconde personne, préférablement, mais non obligatoirement, une infirmière qui se consacre spécifiquement à l'information et au soutien émotionnel plutôt que sur la collecte de preuve et l'examen médical (Ericksen et al., 2002). De plus, contrairement aux idées préconçues véhiculant que les victimes ne veulent pas être touchées après l'agression, il apparaît qu'elles ont plutôt apprécié le fait d'être touchées de façon bienveillante dans certains contextes (Ericksen et al., 2002). Les auteurs mettent également l'accent sur la nécessité d'une intervention efficace, sensible et coordonnée par la police et les services communautaires (Ericksen et al., 2002). Dans le même ordre d'idée, Campbell et son équipe (2008) ont montré qu'une grande majorité des victimes perçoivent des impacts positifs des services sur leur bien-être psychologique. Plus récemment, Fehler-Cabral et son équipe (2011) ont cherché plus spécifiquement à déterminer ce que les victimes ont perçu d'aidant ou de nuisible dans leur processus de rétablissement au cours de leur interaction avec les SANE et dans quelle mesure les

victimes ont vécu de la revictimisation pendant l'intervention. Leur analyse révèle que trois aspects principaux sont particulièrement favorables, soit les explications claires des examens et des résultats, la possibilité de faire des choix pendant l'examen médico-légal et le fait d'être traité avec attention et compassion (Fehler-Cabral et al., 2011). Être traitées humainement et la possibilité de faire des choix aideraient les victimes à regagner un sentiment de contrôle et les rendraient plus confiantes dans les étapes conduisant au rétablissement, mais c'est le respect et le maintien de la dignité de la victime qui apparaissent surtout importants pour le rétablissement (Fehler-Cabral et al., 2011). Les auteurs suggèrent par conséquent qu'il appartiendrait à l'infirmière examinatrice d'accorder une attention à la façon dont la dignité est maintenue compte tenu des besoins uniques des victimes. L'attitude et la façon d'intervenir des SANE sont perçues par les victimes comme « humaines », ce qui semble avoir des retombées positives sur le plan émotionnel (Fehler-Cabral et al., 2011). Traiter les victimes d'agression sexuelle humainement et leur offrir de choisir comment se déroulera le processus d'évaluation et d'intervention leur redonnent donc un sentiment de contrôle et les aident ainsi à se sentir plus confiantes face au traumatisme et à le surmonter (Fehler-Cabral et al., 2011).

Une étude portant sur les services dans les *Sexual Assault Referral Centre* (SARC) au Royaume-Uni, organisations similaires aux SANE et aux centres désignés, présente la particularité de se baser sur la perception de la victime quant à son rétablissement plutôt qu'en le prédéfinissant en terme d'absence de symptomatologie traumatique ou

dépressive (Ranjbar & Speer, 2013). En ce sens, les participants ont perçu que le rétablissement n'était pas de redevenir comme avant, mais plutôt d'apprendre à vivre avec l'expérience et implique de l'accepter, de ne pas ressentir d'état négatif (p. ex. de la culpabilité ou de la peur), de regagner du contrôle et de la confiance ainsi que recevoir de l'aide et de se sentir crédible devant autrui (Ranjbar & Speer, 2013). Le manque d'expérience des intervenants, l'adhérence aux mythes et stéréotypes reliés à l'agression sexuelle et les traitements irrespectueux et inconsiderés sont des facteurs qui ont été perçus comme ayant eu un impact sur le rétablissement des victimes (Ranjbar & Speer, 2013). Cette étude ajoute donc aussi à la compréhension de la perception des victimes par rapport aux services qui leur sont prodigués.

Dans une étude qualitative sur l'expérience des victimes lors de l'accès à des services spécialisés en agression sexuelle, Du Mont, White, & McGregor, (2009) se sont intéressés plus spécifiquement aux attentes et à la perception des victimes en regard de l'examen médico-légal. La plupart des victimes de leur échantillon ont mentionné s'être soumises à l'examen pour faciliter les poursuites contre l'agresseur et obtenir justice et près de la moitié souhaitaient plutôt avoir une preuve de ce qu'ils ont vécu face à leur entourage (Du Mont et al., 2009). De plus, le besoin de soins de santé physique et psychologique est apparu central par rapport à la collecte de preuves médico-légales, jugée moins importante dans leur décision d'obtenir des services. Les victimes ont globalement rapporté des expériences positives avec les infirmières examinatrices. Leur analyse suggère toutefois que certaines victimes sont parfois mal informées concernant

l'examen médical (Du Mont et al., 2009). En effet, certaines croyaient qu'elles étaient obligées de s'y soumettre, que celui-ci visait à s'assurer que leur santé n'était pas compromise ou faciliterait la poursuite de l'agresseur et leur permettrait d'obtenir justice (Du Mont et al., 2009). Les résultats d'une recherche tendent plutôt à indiquer que les éléments de preuves médico-légales ne sont pas souvent liés à la résolution juridique en comparaison d'autres prédictors tels que la gravité des blessures physiques (Du Mont & White, 2007). Ces éléments soulèvent donc l'importance de bien informer les victimes afin de permettre un consentement éclairé.

Finalement, une recension des écrits sur le sujet indique qu'immédiatement après l'agression sexuelle, les victimes apprécient la présence d'une personne qui peut les soutenir, qu'elles peuvent désirer obtenir des interventions médicales, légales ou psychologiques et peuvent préférer une sensibilisation et un soutien prodigué de façon flexible plutôt que des interventions formelles en santé mentale (Decker & Naugle, 2009). Decker et Naugle (2009) se sont attardés à l'intervention immédiate auprès des victimes d'agression sexuelle en combinant les écrits sur l'agression sexuelle et les traumatismes. En raison du manque d'écrits scientifiques sur le sujet et des limites méthodologiques des études recensées, les auteurs n'ont pu établir de pratiques basées sur les données probantes pour l'intervention immédiate. Ils ont tout de même émis certaines recommandations, à partir des connaissances actuelles, concernant les composantes de l'intervention, soit de s'assurer de la sécurité immédiate, évaluer et répondre aux idéations suicidaires s'il y a lieu, aider la victime à regagner un sentiment

de contrôle, offrir des options et promouvoir une prise de décision éclairée, permettre l'accès aux services souhaités et sensibiliser les intervenants amenés à intervenir ultérieurement à être respectueux dans leurs interventions (Decker & Naugle, 2009). Les auteurs mentionnent également l'importance d'évaluer le soutien social et d'encourager la recherche de soutien, de fournir de l'information sur les réactions attendues suivant un pareil traumatisme, de recommander des interventions psychosociales et d'assurer un suivi (Decker & Naugle, 2009). Au niveau de l'attitude, il importe également de croire la victime, d'éviter de juger ou d'envahir la victime et d'être calme (Decker & Naugle, 2009). Certaines implications ont également été formulées pour les intervenants du domaine de la santé mentale qui peuvent être amenés à intervenir après l'intervention immédiate, notamment l'importance de la collaboration avec les centres effectuant l'intervention immédiate, de porter une attention particulière à la confidentialité, de garder en tête la problématique de la revictimisation et de considérer que la victime n'est pas toujours prête à affronter les émotions profondes qui sont reliées à l'agression vécue (Decker & Naugle, 2009).

Ensemble, ces recherches traitent de plusieurs aspects permettant une connaissance de l'expérience des victimes dans les organisations similaires aux centres désignés. Les études réalisées à ce jour donnent un aperçu des besoins ainsi que des attitudes et comportements à adopter ou à éviter. Elles tendent aussi à appuyer que les services sont efficaces et entraînent des impacts positifs sur le bien-être des victimes, bien qu'elles mettent aussi en lumière des comportements inacceptables qui représentent une forme de

revictimisation. Par ailleurs, la comparaison du modèle de service offert par les SANE avec celui des centres désignés du Québec montre certaines différences dans l'organisation des services et il est possible que ces connaissances ne représentent pas adéquatement l'expérience des victimes dans les centres désignés. Ces derniers ayant été mis en place depuis seulement 10 ans, il ne semble pas exister, jusqu'à présent, d'écrits ayant exploré l'expérience des victimes qui y ont reçu des services. C'est dans ce contexte que le présent projet vise à ajouter aux connaissances actuelles sur les services offerts dans les centres désignés.

Objectif et questions de recherche

Ce projet est en lien avec un projet de recherche plus vaste dont l'objectif général est d'évaluer l'implantation des services dans les centres désignés, notamment l'organisation des services, les facteurs associés à leur déploiement, les enjeux particuliers dans les différentes régions, l'utilisation des outils développés, la perception des intervenants à leur égard et la capacité à répondre efficacement aux besoins de l'ensemble des victimes d'agression sexuelle (Collin-Vézina et al., 2011). Le présent projet s'inscrit dans ce dernier objectif et concerne plus précisément les victimes adultes. À notre connaissance, aucune étude ne s'est à ce jour attardée à la perspective des victimes quant à l'expérience des soins reçus dans les centres désignés et aux aspects aidants et nuisibles à leur rétablissement. Les auteurs d'une recension de trente publications évaluant les interventions pour les victimes d'agression sexuelle soulignent que l'intégration d'une approche qualitative dans les recherches menées pourrait être

utile pour mieux comprendre la perspective des victimes puisque peu d'études portent sur cet aspect (Martin et al., 2007). Considérant l'absence d'information à ce jour sur le vécu des victimes d'agression sexuelle qui ont utilisé les services offerts dans les centres désignés, la présente recherche vise à capturer les différents aspects de leur expérience par rapport aux services reçus. Les résultats obtenus permettront d'en apprendre davantage sur l'expérience des victimes. Le fait de mieux comprendre les facteurs favorisant ou entravant la trajectoire pourra permettre d'optimiser la façon de rejoindre les victimes afin qu'elles reçoivent les services dont elles ont besoin et auxquels elles ont droit. De plus, des recommandations pourront être formulées dans le but d'améliorer les services, notamment pour qu'ils répondent plus adéquatement aux besoins des victimes d'agression sexuelle. Basées sur la présente recension des écrits, les questions faisant l'objet de la présente recherche sont les suivantes :

1. Quelle est la trajectoire des participants?
2. Quels ont été les principaux besoins ressentis lorsque les victimes ont reçu des services dans un centre désigné?
3. Quels comportements ou attitudes des intervenants sont perçus comme favorables et défavorables pour le rétablissement?
4. Quel est le niveau de satisfaction des victimes face aux services reçus dans un centre désigné?
5. Quelles recommandations sont proposées par les victimes pour améliorer les services suivant leur expérience?

Méthode

Cette section traite de la méthode utilisée pour mener à bien cette recherche. Elle se compose de cinq sections, soit le devis de recherche, le recrutement des participants, l'instrument ayant guidé la collecte de données, le déroulement de la collecte de données ainsi que le plan d'analyse des données.

Devis de recherche

Le devis utilisé pour réaliser la présente recherche est un devis descriptif, soit l'étude de cas multiple de type qualitative. Le devis de recherche de niveau descriptif est approprié lorsque le but est d'explorer un phénomène du point de vue des participants (Fortin, 2010). Il consiste en l'exploration d'une unité particulière (Fortin, 2010; Roy, 2003) qui, dans ce cas, représente l'expérience d'une victime d'agression sexuelle dans un centre désigné. Le phénomène étudié exige une compréhension détaillée et en profondeur, ce que permet ce type de recherche (Fortin, 2010). Sachant que l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle se doit d'être centrée sur les besoins des victimes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b) et que ceux-ci varient selon différentes caractéristiques propres à chacune (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), l'étude de cas s'est avérée pertinente puisqu'elle est reconnue pour permettre la compréhension de facteurs plus difficilement mesurables (Roy, 2003). Cette approche a également l'avantage de permettre de recueillir un grand nombre d'informations et d'observations sur les cas ciblés et leur contexte (Roy, 2003).

Comme plusieurs expériences de victimes ont été recueillies, constituant différents cas, la présente étude de cas est qualifiée de multiple. L'étude de cas s'effectue sur un nombre restreint de sujets (Roy, 2003), ce qui apparaît approprié puisque l'état des connaissances actuelles indique que les victimes d'agression sexuelle sont très difficiles à rejoindre une fois qu'elles ont quitté les lieux physiques du programme où elles ont reçu des soins (Campbell, Adams, & Patterson, 2008).

Recrutement et participants

Cette recherche contribue à un projet de plus grande envergure dont l'objectif est d'évaluer l'implantation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec. Afin de recruter des participants, la technique d'échantillon constituée de volontaires a été utilisée. Comme son nom l'indique, elle consiste à recruter des participants en faisant appel à des volontaires et est utile notamment lorsqu'il est nécessaire d'interroger les participants sur des sujets intimes (Beaud, 2003). Initialement, la recherche prévoyait de procéder au recrutement de participants par l'entremise de publicités dans les journaux à travers la province. Le projet avait reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill en janvier 2012. Dans ce contexte, l'approbation éthique des centres désignés ne s'avérait pas nécessaire puisque le recrutement ne s'y effectuait pas sur place. Toutefois, en raison des coûts élevés de cette démarche, il a été nécessaire de revoir la stratégie. Le recrutement dans les centres désignés a plutôt été retenu. Un échantillon représentatif en termes de contextes géographiques (urbain, semi-urbain, rural) a été choisi au hasard pour effectuer le recrutement. C'est donc 19 centres

qui ont été sollicités afin de permettre le recrutement, dans cinq régions du Québec différentes. Des dix-neuf centres ciblés, neuf ont accepté de participer à cette étape de la recherche, cinq centres ont refusé et cinq centres n'ont pas fourni de réponse. En avril 2012, une demande éthique multicentrique était déposée au comité d'éthique de la recherche du Centre Universitaire de Santé McGill et les approbations finales ont été obtenues le 29 novembre 2012. Les critères d'inclusion des participants spécifiaient qu'ils devaient avoir été victimes d'agression sexuelle, être âgés de plus de 18 ans et avoir reçu des services médicaux ou psychosociaux en lien avec une agression sexuelle depuis l'implantation des centres désignés en 2002. Les participants ont été recrutés par l'entremise d'un dépliant remis suite à l'obtention de services et par le biais d'affiches installées dans les centres désignés participants. La participation s'est effectuée en échange d'une contrepartie par la poste et de façon anonyme, soit une carte-cadeau de vingt dollars aux restaurants Tim Hortons en guise de compensation. La période de recrutement s'est déroulée de décembre 2012 à décembre 2013. En tout, six participantes adultes ont été recrutées. La taille restreinte de cet échantillon est toutefois appropriée compte tenu du devis de recherche choisi. En effet, l'étude de cas repose sur un petit nombre de participants, mais pour lesquels une grande quantité d'information est recueillie (Roy, 2003).

Outils de collecte de données

L'outil de collecte de données a été développé dans le cadre de l'étude plus vaste par l'équipe de recherche. Un guide d'entrevue semi-dirigée a été élaboré à partir de la

recension des écrits incluant des questions sociodémographiques et énonçant les principaux thèmes concernant l'expérience et le vécu des victimes qui ont reçu des services suite à une agression sexuelle. Ce guide est présenté à l'Appendice E. Les questions ouvertes n'ont pas été systématiquement posées, mais l'Intervieweur s'est assuré que chacun des thèmes soit abordé auprès des participants. En plus des questions sociodémographiques, les thèmes généraux suivants ont été abordés : trajectoire des services parcourus incluant des questions spécifiques concernant les étapes d'intervention, l'expérience face au processus d'obtention des services d'aide en matière d'agression sexuelle prodigués par les professionnels et les suggestions des victimes afin d'améliorer les services.

Déroulement

Les entrevues ont été menées séparément par deux membres de l'équipe de recherche du projet, tous les deux diplômés de l'École de service social de l'Université McGill. Les entrevues avec les participants ont été réalisées par téléphone, sur une ligne de téléphone cellulaire utilisée uniquement aux fins du projet de recherche. Elles ont été enregistrées aux fins de retranscription. De cette façon, il a été plus facile pour les participants de discuter de leur expérience dans l'anonymat qu'apporte une entrevue téléphonique. Ils ont fait l'entrevue dans un environnement et un moment choisis selon leur convenance. Cette méthode a aussi été choisie afin de faciliter le recrutement de participants dans différentes régions du Québec. Les participants devaient laisser un message sur la boîte vocale de la ligne sans frais uniquement accessible aux assistants de

recherche du projet. L'assistant effectuait ensuite un retour d'appel auprès du participant dans un local où la confidentialité du participant pouvait être assurée. L'assistant de recherche s'est assuré que le participant possédait le formulaire de consentement présenté à l'Appendice F et l'enveloppe-réponse affranchie fournie avec la brochure de recrutement. Sinon, l'assistant de recherche les lui a fait parvenir par la poste. L'assistant de recherche a demandé ensuite au participant de retourner le formulaire de consentement signé dès qu'il lui a été possible de le faire par l'entremise de l'enveloppe-réponse affranchie. Le consentement signé a été ensuite lu au début de l'entrevue téléphonique et un enregistrement audio du consentement verbal était requis pour chaque participant. Avant de consentir à participer à l'étude, chaque individu a été informé des objectifs et du déroulement de l'étude ainsi que des avantages et des risques associés à leur participation. Ensuite, ils ont été avisés que les données recueillies resteraient anonymes et qu'en aucun cas il ne serait possible de les identifier. Ils ont également été informés qu'ils demeuraient libres de refuser de répondre aux questions et qu'ils avaient le droit de mettre un terme à leur participation à la recherche en tout temps, sans préjudice. Afin de minimiser, de prévenir et de contrôler tout préjudice possible pour les participants de l'étude, aucune question portant sur les détails de l'agression sexuelle vécue n'a été posée aux participants. De plus, s'ils choisissaient volontairement de le faire, le protocole prévoyait d'informer les participants qu'en aucun cas il ne leur serait exigé de parler de ces détails ou de toute autre information bouleversante pour eux. Un protocole a également été prévu en cas de risque de danger pour le participant (voir appendice G). Les intervieweurs avaient aussi en main une liste des ressources locales

pour diriger les participants qui auraient nécessité davantage de soutien suite à l'entrevue. Par mesure de précaution, un second appel téléphonique était effectué une semaine plus tard par le même intervieweur pour faire le suivi auprès des participants et leur donner une autre occasion de poser des questions par rapport à la recherche.

Stratégie d'analyse

Afin de dégager les thèmes émergeant des entrevues qualitatives réalisées avec les participantes, une analyse de contenu à la fois déductive et inductive a été effectuée. Suivant les étapes de Thomas (2006), les données brutes ont d'abord été préparées. À cet effet, les enregistrements audio des entrevues semi-structurées ont été retranscrits mots à mots par l'équipe de recherche à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Les transcriptions ont été réalisées de façon à préserver l'anonymat des participants (aucun nom n'a été retranscrit et aucun nom précis de centre de santé ou organisation communautaire n'a été mentionné). Par la suite, toujours selon les étapes de Thomas (2006), des lectures répétées, attentives et approfondies ont été réalisées afin de permettre à l'étudiante de se familiariser avec le contenu et d'acquérir une vue d'ensemble des thèmes couverts. Par la suite, les verbatim des entrevues ont été importés dans le logiciel N'Vivo version 8 et des catégories ont ensuite été identifiées et définies lors d'un premier codage. Les catégories de niveaux plus élevés ont été créées en lien avec les questions de recherche alors que celles des niveaux inférieurs ont émergé au fil des lectures répétées à partir de segments de textes révélateurs (Thomas, 2006). Il s'agissait donc d'un codage mixte puisqu'il y avait possibilité d'ajouter des codes à ceux

préétablis à partir des questions de recherche. Les catégories ont ensuite été révisées à plusieurs reprises et raffinées. Pour chaque catégorie, des sous-thèmes ont été recherchés et les catégories similaires ont été combinées ou regroupées dans une catégorie supérieure (Thomas, 2006). Les citations les plus révélatrices de l'essence de certains thèmes ont ensuite été ciblées afin de bien appuyer les résultats de l'analyse. Par ailleurs, afin d'assurer la rigueur scientifique, le codage a entièrement été réalisé par l'étudiante et validé intégralement par la directrice d'essai. L'implication de l'étudiante au sous-comité « agression sexuelle » de la Table de concertation régionale en violence conjugale et agressions sexuelles de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean impliquant différents partenaires a permis une meilleure compréhension et connaissance des services, permettant ainsi de favoriser la crédibilité des données par l'engagement sur le terrain (Fortin, 2010), ici compris comme les services offerts aux victimes d'agression sexuelle. De plus, la recherche d'explications divergentes, l'utilisation de notes réflexives lors de l'analyse, la description détaillée du contexte de l'étude et des participants qui permet au lecteur de juger de l'application des résultats dans d'autres contextes ont été utilisés. Il s'agit d'autres techniques permettant de rencontrer les critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données (Fortin, 2010). Des précautions entourant la confidentialité ont été prises concernant la présentation des résultats afin de s'assurer de préserver la confidentialité des participants. En effet, dans le souci d'éviter que l'on puisse identifier les victimes, les résultats seront présentés par thèmes plutôt que par cas et toutes les données qui auraient pu permettre de reconnaître les participants ont été supprimées en s'assurant toutefois que le sens des citations

demeure fidèle. Bien qu'il soit préférable d'identifier les cas pour favoriser la compréhension et de faciliter le jugement de la pertinence des interprétations qui en sont tirés, lorsque le sujet étudié est délicat, tel que dans la présente recherche, il est préférable de protéger l'anonymat (Roy, 2003).

Résultats

La présentation des résultats de la recherche se divise en six parties. La première section traite des renseignements sociodémographiques obtenus auprès des participants. Les cinq autres sections traitent de chacune des questions de recherche en incluant les différents thèmes qui se sont avérés révélateurs pour y répondre à partir des données recueillies et analysées. Des extraits représentatifs et permettant de mieux saisir la perception des participantes ont été sélectionnés pour appuyer certains thèmes. On retrouve ainsi la trajectoire des participantes incluant leurs motivations les ayant amenées à rechercher des services, leur parcours jusqu'au centre désigné, leur perception concernant les services reçus et les principaux obstacles perçus. Ensuite, les besoins ressentis par les victimes sont énoncés, suivis de leur perception des attitudes des intervenants à leur égard. Le niveau de satisfaction des victimes par rapport aux services reçus est ensuite exploré avant de terminer avec les recommandations proposées par les victimes pour améliorer ceux-ci.

Renseignements sociodémographiques sur les participantes

Les volontaires ayant participé à la recherche sont au nombre de six victimes ayant reçu des services dans un centre désigné en lien avec une agression sexuelle. Elles sont toutes de sexe féminin et sont âgées de 27 à 54 ans. Toutes les participantes sont de nationalité canadienne et demeurent dans la province de Québec. Une des victimes s'identifie au groupe culturel caribéen, deux s'identifient au groupe autochtone et les

trois autres ne s'identifient pas à un autre groupe culturel que canadien québécois. Une des victimes provenait d'une région urbaine alors que cinq participantes sont d'une région rurale ou semi-urbaine. Cinq victimes sont francophones et une seule est anglophone.

Trajectoire des participantes

Afin de répondre à la première question de cette recherche qui concerne la compréhension de la trajectoire des victimes d'agression sexuelle dans les services, plusieurs thèmes se sont avérés révélateurs. Dans un premier temps, il est apparu important de décrire le contexte ayant motivé les victimes à rechercher des services, puisque cela s'est avéré présent dans leur récit et permet de mieux comprendre leur trajectoire à partir des premiers instants où elles ont senti le besoin d'aller vers l'aide. Dans un second temps, il est apparût important de s'intéresser à leur parcours jusqu'à l'arrivée dans les centres désignés. Suivent ensuite les éléments importants de leur perception des services reçus dans les centres désignés. La dernière partie de cette section est consacrée aux obstacles qu'elles ont évoqués au cours de leur trajectoire.

Éléments déclencheurs de la recherche de service

Les victimes ont toutes décrit les circonstances qui les ont amenées à rechercher des services en lien avec l'agression sexuelle qu'elles ont subie. Deux participantes ont recherché des services suivant une agression récente tandis que les quatre autres rapportent une agression remontant à plusieurs années. Les premières ont mentionné

s'être dirigées vers les services respectivement en raison de douleur physique et pour obtenir des soins médicaux. Pour les participantes dont l'agression remonte à plusieurs années, on retrouve un événement déclencheur plus spécifique qui apparaît les avoir amenées à rechercher des services à un moment précis. En effet, l'une des victimes rapporte avoir consulté pour des symptômes de dépression après être « retombée dans le vif des agressions » alors qu'elle observait une personne qu'elle croyait être un agresseur sexuel dans un lieu public, ce qui lui a rappelé ses traumatismes dans l'enfance. De façon similaire, pour une seconde victime, l'élément ayant déclenché la recherche de services est l'émergence d'un besoin pressant de parler, suivant un élément déclencheur non précisé qui l'a ébranlée et lui a rappelé l'agression sexuelle vécue.

« C'était [pressant] au point de dire si je ne réussissais pas admettons, à parler à quelqu'un là, immédiatement, tout de suite, bien je pense que j'aurais pu mettre fin à mes jours. »

Dans le cas d'une autre participante, le motif concernait de l'angoisse et des souvenirs intrusifs de l'agression de longue date, mais c'est après avoir soutenu un de ses enfants qui a lui-même été victime qu'elle a réalisé que ce qu'elle avait vécu était une agression sexuelle et qu'elle a débuté sa recherche d'aide. Une dernière participante craignait les répercussions de son état émotionnel sur ses enfants alors qu'elle faisait face à la parentalité. Il a donc été possible de trouver, dans le récit de ces quatre participantes, un événement qui les a amenées à consulter à un moment précis pour la détresse psychologique déjà présente ou qui a été exacerbée par un événement déclencheur. Il convient également de noter que la moitié des participantes rapportent avoir dévoilé pour la première fois l'agression sexuelle auprès d'une ressource d'aide

formelle, soit lors de leur parcours dans le centre désigné (deux participantes) ou à un intervenant d'une organisation communautaire (une participante) tandis que les trois autres l'avaient déjà dévoilé à un proche (famille ou conjoint). Bien qu'elles aient exprimé des motifs quelque peu différents, un constat émerge : pour les participantes qui ont cherché des services suivant une agression récente, c'est principalement la recherche de soins médicaux ou médicolégaux qui est au premier plan de la demande d'aide, alors que pour celles ayant consulté pour une agression ancienne, ce sont plutôt des besoins reliés à la détresse psychologique.

Trajectoire jusqu'à l'arrivée aux centres désignés

Les participantes ont réalisé des démarches plutôt dissemblables avant d'accéder aux centres désignés. Il est tout de même possible à nouveau de trouver des ressemblances dans les trajectoires des victimes d'agression récente, tandis qu'une plus grande variabilité est trouvée pour les victimes d'agression ancienne.

Recherche de services pour une agression sexuelle récente. Pour ce qui est des deux participantes ayant subi une agression sexuelle récente, toutes deux ont choisi de se présenter dans des départements d'urgence dans des hôpitaux. L'une des victimes s'est dirigée directement vers l'hôpital qui s'est avéré être un centre désigné. Elle a mentionné s'être dirigée spontanément vers l'hôpital sans nécessairement penser à chercher des services spécialisés:

« Honnêtement là, quand c'est arrivé à mon tour [d'être victime d'agression sexuelle], je n'ai pas pensé [aux ressources spécialisées pour les victimes d'agression sexuelle], moi j'ai pensé me rendre à l'hôpital pis ça s'est enclenché tout seul. »

La seconde s'est présentée au département d'urgence de l'hôpital qu'elle fréquente habituellement, mais qui n'était pas un centre désigné. Elle a donc été référée à un centre désigné se trouvant dans un second hôpital, mais a attendu au lendemain pour s'y rendre.

Recherche de services pour une agression ancienne. Pour les autres participantes, la complexité de leurs trajectoires pour accéder aux services est variable. Deux des victimes se sont présentées dans des établissements qui étaient des centres désignés en mentionnant explicitement leur besoin de soutien psychologique relié à l'agression sexuelle. L'une a consulté dans un centre local de services communautaires (CLSC) où elle avait déjà consulté pour différentes raisons de santé et qui était un centre désigné. Une seconde a entrepris deux démarches successives, soit dans un CLSC et dans un organisme communautaire qui n'ont pas répondu à ses attentes. Elle a poursuivi sa recherche activement jusqu'à l'obtention de services qui ont répondu à ses besoins dans un autre CLSC qui était aussi un centre désigné, mais d'une autre région que la sienne. Elle avait lu sur le Web des commentaires positifs sur les services qui y étaient rendus.

« T'sais y prenaient le temps, parce que c'est une petite place pis y'a pas beaucoup d'habitants t'sais, moi j'ai sorti de mon territoire pour aller vers là-bas. »

Les deux autres ont reçu des services en passant par leur médecin de famille qui œuvrait dans un centre désigné. Elles rapportent avoir fait préalablement une démarche pour des services spécifiquement pour l'agression sexuelle dans un organisme

communautaire, mais l'une a été refusée en raison d'un manque de place et l'autre rapporte avoir dépassé le nombre de rencontres allouées ainsi qu'avoir eu un problème d'assiduité de sa part de sorte que les services auraient été cessés. L'analyse de leur récit indique un certain découragement à rechercher de l'aide pour l'agression sexuelle suite à la première tentative infructueuse. Pour elles, c'est toutefois la détresse psychologique qui était à l'avant-plan dans leur demande d'aide et non pas l'agression sexuelle. Une des participantes n'était pas certaine d'avoir abordé l'agression avec son médecin qui la suivait déjà pour des douleurs et qui lui prescrivait de la médication pour des symptômes dépressifs. L'autre rapporte avoir abordé l'agression sexuelle, mais aucune intervention, autre que la médication, n'aurait été recommandée pour son état psychologique. Les deux participantes rapportent avoir été finalement orientées vers des services en santé mentale par leur médecin après un suivi. En somme, certaines participantes ont consulté à plusieurs reprises et se sont heurtées à des difficultés d'accès aux services, alors que d'autres décrivent une trajectoire plus simple ayant répondu à leurs besoins. L'accès aux services dans le centre désigné s'est effectué par différents chemins tels que les départements d'urgence des hôpitaux, les CLSC ou par le biais du médecin de famille qui peut référer vers les services en santé mentale.

Perception des services dans les centres désignés

Dans les prochaines lignes, les éléments centraux de l'expérience des victimes par rapport aux services reçus dans les centres désignés sont rapportés. Les étapes de l'intervention prévue dans le protocole médicosocial (voir appendice B) ont été

recherchées dans le discours des participantes, mais il a parfois été difficile de trouver une correspondance dans leur récit. Ainsi, des éléments présents dans le vécu des participantes qui ne sont pas nécessairement prévus par le protocole ont été inclus et certaines étapes prévues au protocole n'ont pu être trouvées. Nous retrouvons ainsi l'accueil, les explications des étapes, l'examen médical ou médico-légal, le soutien émotionnel et l'inclusion de partenaires dans l'intervention.

Accueil. Quatre des six participantes ont été questionnées ou ont abordé l'accueil et la période d'attente à leur arrivée au centre désigné. À nouveau, on observe une différence entre les expériences des victimes d'agression récente qui ont été immédiatement amenées dans un endroit privé, comme le protocole le recommande (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), tandis que pour les deux victimes d'agression ancienne pour lesquelles l'information est présente à ce sujet, aucune considération particulière n'a été réalisée et elles ont attendu dans une salle d'attente avec tous les usagers.

Explications concernant les étapes. Cinq des six victimes ont rapporté avoir reçu des explications concernant les étapes de l'intervention, tandis que le sujet n'a pas été mentionné pour la sixième. Toutes les participantes ayant abordé les explications concernant les interventions prodiguées ont affirmé avoir reçu d'au moins une personne des explications claires et appropriées. Les deux victimes d'agression récente ont mentionné avoir de la difficulté à se rappeler en raison d'émotions intenses ressenties à

ce moment. L'une a toutefois fait part de son appréciation de l'aide reçue par une intervenante pour bien comprendre les étapes :

« On a l'impression qu'on flotte un peu quand ça arrive, c'est comme un peu irréaliste les émotions et tout ça parce que nous autres on l'a fait assez rapidement là, euh... J'avais l'impression que même si les gens, comme je te disais tout à l'heure que, même si les gens parlaient de façon claire et tout ça, tu sais elle [l'intervenante sociale] s'assurait toujours qu'on comprenne bien pis tout tu sais là euh elle nous épaulait, nous soutenait euh, euh, pis elle s'assurait que qu'on soit toujours euh qu'on soit toujours d'accord avec les processus qui s'en, les procédures qui s'en venaient après là. Tu sais elle nous expliquait toujours. »

Par ailleurs, la manière dont ont été apportées les explications sur le processus judiciaire a amené l'une des victimes à ressentir de la culpabilité et à la décourager à vouloir porter plainte.

« Ça a été un peu plus difficile [l'explication des démarches possibles par les policiers]. Je [ne] te dis pas que euh... Ça, ce n'est pas, ce n'était pas euh, ce n'était pas des mauvaises personnes et tout ça mais euh... euh... ils nous ont expliqué, euh on pouvait, en fait, eux sont venus nous expliquer qu'on pouvait porter plainte contre [l'agresseur] et tout ça, mais que, que ça serait difficile parce que de toute façon y faudrait comparaître pis y faudrait euh.... Faudrait que, ce serait toujours ma notre parole contre la parole à [l'agresseur] pis en mentionnant qui avait toujours de l'alcool à travers ça, fais que ça a été, ça juste été ça avec eux autres là. Il n'y a rien eu de plus là, je [ne] pourrais pas te dire je [ne] pourrais pas dire, ils étaient professionnels, mais [ils ne] débordaient pas d'empathie... »

Examens médicaux et médico-légaux. Trois des participantes ont abordé les examens médicaux dans leur récit. Pour les deux participantes victimes d'agressions récentes, des examens ont été réalisés et une seule a mentionné que ces examens ont été utilisés comme preuves médico-légales. Elle n'a toutefois pas fourni d'autres précisions. La participante dont l'agression remonte à plusieurs années a mentionné ne pas avoir eu accès à des tests malgré sa demande, ce qui était source d'inquiétudes.

«J'ai voulu passer l'examen pour être sûre que moi j'l'avais pas [une ITS] pis [le médecin] a me disait que y'avait pas lieu de s'inquiéter, sauf que pour moi c'était inquiétant...»

L'une des deux participantes pour qui des examens ont été réalisés a mentionné des difficultés par rapport à cette intervention, plus particulièrement concernant le fait que l'examen ait été réalisé par un homme.

« Nous dans ce processus-là, ce qu'on a trouvé difficile quand on est arrivé euh c'est que nous, on a un médecin qui m'a fait l'examen et tout ça, puis après ça l'infirmière et la travailleuse sociale quand on a parlé après, le médecin euh, le médecin son intervention était très euh très difficile, pis suite à ce qui venait de se passé dans moins de 24 heures là, ce n'était pas approprié que ce soit un homme-là. »

Soutien émotionnel. Cinq des participantes ont mentionné avoir reçu un soutien émotionnel sous forme d'information sur les réactions émotionnelles possibles ou encore sous forme d'écoute leur permettant d'exprimer leurs émotions. Une écoute empathique et chaleureuse apparaît avoir été grandement appréciée par les participantes et avoir pris une place importante à leurs yeux dans l'intervention.

« Elle a écouté beaucoup, pis elle a euh, elle a su trouver les bons mots pour apaiser pis me, me ramener un peu sur la terre si on peut dire là comme ça, parce que ça allait vraiment pas bien, pis tu sais, elle a été d'un très grand soutien là, vraiment c'était bien. »

« C'était mon temps, parce que comme je le disais à la maison, je n'ai pas vraiment beaucoup de gens à qui parler pour exprimer et, tu sais, tu ne peux pas réellement exprimer ce genre de choses à ton petit ami, donc c'était mon temps pour aller, laisser tout sortir et si j'avais des cauchemars, je pouvais laisser sortir mes cauchemars et elle me laissait les aborder, et tu sais, c'était vraiment, c'était vraiment aidant pour moi. » [Traduction libre]

Toutes les participantes ont mentionné avoir reçu un soutien émotionnel à un moment ou à un autre de leur trajectoire. Un suivi était parfois assuré par un organisme

communautaire, par le biais de services en santé mentale ou au privé grâce aux indemnités prévus par la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels au Québec. Les perceptions des victimes concernant les suivis reçus sont toutefois variables. Certaines rapportent des expériences positives ayant répondu à leurs besoins, mais d'autres indiquent que le suivi ne correspondait pas à leur besoin, que le courant ne passait pas avec l'intervenant ou que les services ont été cessés trop rapidement. L'une des participantes a abordé la culpabilité qu'elle a perçue chez son conjoint qui était présent lors de l'agression. L'extrait qui suit illustre comment le conjoint a aussi bénéficié de soutien lors de l'intervention réalisée, ce qui est décrit en terme positif par la participante:

« Ils l'ont toujours inclus là-dedans aussi parce qu'il était présent aussi [...] elle [une intervenante] a toujours inclus, elle a toujours expliqué même lui, comment il pouvait se sentir par rapport à, à la situation, euh la déculpabilisation aussi, tout ça. »

Un autre thème important mentionné par certaines participantes par rapport au soutien émotionnel concerne les services dédiés à la santé mentale. Une des participantes s'est sentie poussée vers les services en psychiatrie par son médecin de famille qui n'arrivait pas à trouver la bonne médication pour soulager ses symptômes. Elle a eu l'impression que ses difficultés liées à l'agression sexuelle n'étaient pas reconnues et ont plutôt été laissées de côté.

Intervieweur : « C'était quoi pour vous l'aspect le plus difficile, dans toute cette histoire-là, pour obtenir les services, c'était quoi le plus difficile ? »

Participante : « C'est de pas être compris dans ce que je vivais en tant que tel [silence], parce qu'en expliquant ce que j'avais vécu, j'ai été tout de suite cataloguée, médicamentée à forte dose, fait que finalement on endormait le bobo là. »

Cette participante rapporte également avoir trouvé difficile de côtoyer une majorité de patients de sexe masculin lors de son hospitalisation, dont certains auraient tenu des propos à caractère sexuel qui l'ont dérangée.

Pour une seconde participante ayant reçu des services en santé mentale, son médecin de famille qui la traitait aussi pour des douleurs, l'a référée à un psychiatre pour une première fois afin de le consulter concernant la médication. Celui-ci aurait recommandé un suivi en psychologie pour l'agression sexuelle, mais la participante aurait plutôt reçu des services en santé mentale au CLSC par des infirmières et des éducateurs.

« À ce moment-là, y'avait que selon lui [le psychiatre] j'[n']aurais pas besoin d'antidépresseurs, mais simplement de rencontrer une thérapeute. Pis euh mon médecin y'était pas d'accord avec ça, fait qu'ils n'ont jamais arrêté la médication et le CLSC [n'] a pas fait parvenir mon dossier pour rencontrer une thérapeute. »

La participante aurait plus tard séjourné dans un centre d'hébergement pour personne suicidaire qui l'aurait référée dans un organisme communautaire. Les services auraient alors été cessés. Elle aurait consulté à nouveau le même psychiatre qui l'aurait à nouveau référé pour un suivi psychologique au CLSC et on lui aurait dit que le service n'était pas disponible:

« Bien là c'est ça, le CLSC avec la demande du psychiatre euh à pouvoir rencontrer une thérapeute, mais encore là, y'ont pas de place, c'est plein, fait que y'ont essayé de de recontacter là pour voir s'il y avait une autre possibilité, donc euh c'est avec le [nom d'un organisme communautaire] que je pourrais euh recommencer euh à les rencontrer. »

Contrairement à la participante précédente, celle-ci a perçu que la problématique avait été reconnue par le psychiatre traitant, mais la trajectoire dans les services est apparue problématique en raison du manque de concertation entre les intervenants et du manque de ressources:

« Lui [le psychiatre] y référerait à rencontrer une thérapeute pour m'aider...Pis ça s'est jamais fait. Là il vient de faire une autre demande pis eux encore m'ont redirigée à [nom d'un organisme communautaire]...Parce que le CLSC n'a pas le service. »

Référence ou inclusion de partenaires dans l'intervention. Toutes les participantes ont été dirigées vers un organisme communautaire à un moment ou un autre, lors de leur passage dans un centre désigné. La plupart ont accédé à au moins une des références proposées, sauf pour celles qui avaient déjà un suivi ou qui avaient déjà trouvé réponse à leur besoin. La victime anglophone s'est toutefois heurtée à la barrière linguistique. Elle rapporte n'avoir pu contacter plusieurs ressources recommandées par le centre désigné, car celles-ci étaient majoritairement destinées aux francophones.

Dans le cas des deux victimes d'agression récente, des partenaires, soit des intervenants psychosociaux ou des policiers ont été sollicités lors de l'intervention au centre désigné. Un soutien a été offert par le biais de l'organisme communautaire impliqué lors de l'intervention pour l'une des deux victimes et par des intervenants à l'interne pour la seconde. Les policiers ont également été impliqués dans l'intervention, soit immédiatement ou lors d'une rencontre fixée ultérieurement. Proposer de rencontrer les intervenants et laisser choisir ensuite d'avoir recours ou non aux services est apparu facilitant selon l'une des participantes.

« Je pense que le processus est très bien. Je pense que le fait qu'ils communiquent avec une intervenante euh, sociale euh, pour la faire rencontrer, je pense que c'est super bien pis après ça, nous on prend la décision d'utiliser ce service-là ou non. Parce qu'on n'est pas obligé de, parce que l'intervenante sociale à se présente, on n'est pas obligé de continuer avec elle, mais j'ai apprécié euh le fait qu'ils nous l'offrent pis qu'ils nous laissent, qui lui laissent la possibilité de venir nous rencontrer euh parce que peut-être que si on l'avait peut-être que si on nous l'avait offert peut-être qu'on aurait dit non en pensant qu'on était super bien, mais une fois qu'on a parlé avec elle pis qu'on a senti sa chaleur, ça nous a fait du bien. Euh, pis je trouve ça super bien euh qu'ils fassent venir le euh les policiers aussi, parce que tout peut se faire si on veut on peut toute faire tout de suite à ce moment-là. »

Obstacles et difficultés perçus par les victimes

Afin de poursuivre l'exploration de la trajectoire des participants, les principaux obstacles évoqués au travers de leurs témoignages sont décrits. Ceux-ci concernent le manque de connaissances des ressources, le manque de services, la difficulté à aborder l'agression sexuelle, la crainte de se déplacer seule et les contraintes financières.

Manque de connaissances des ressources. Dans le récit des victimes, on retrouve fréquemment des mentions de leur méconnaissance des services. Au moment de rechercher des services, trois participantes ont indiqué avoir une faible connaissance des ressources pour les victimes d'agression sexuelle en général. Une des participantes ne connaissait aucune ressource, mis à part le CLSC qu'elle fréquentait habituellement où elle savait qu'elle pourrait trouver de l'aide psychosociale disponible en tout temps.

« Je l'ai comme su avant [qu'il y avait des services disponibles en tout temps en urgence] puis je ne m'en suis pas occupé [...] puis quand j'en ai eu besoin, ça décliqué [...] parce que je ne connaissais pas autre chose que ça. »

La même victime ajoute :

« Je n'aurais pas su, j'[n']avais juste aucune autre place ou aller. »

Une fois à l'âge adulte, une des participantes parle des difficultés qu'elle a éprouvées à chercher de l'aide par elle-même une fois que les services dans les centres jeunes ont cessé à sa majorité :

« Ils [ne] m'ont pas donné une feuille en disant : bien là regarde ça c'est des ressources que tu peux aller voir, ou ... bon c'est vraiment par moi-même que... fallait que je fouille. »

Une autre victime, en parlant de ce qu'elle aurait aimé vivre différemment dans son parcours, fait aussi état de son manque de connaissances des ressources :

« Que ce soit plus facile moi, je dirais plus facile, mais c'est peut-être moi qui a pas cherché, euh justement d'avoir le soutien nécessaire ou les approches... C'est ça... je ne connais pas toutes les places. »

Deux autres victimes savaient qu'une certaine aide pouvait être offerte, mais ignoraient la forme que pouvait prendre cette aide. L'une connaissait l'existence d'organismes communautaires en lien avec sa formation professionnelle tandis que la seconde a mentionné savoir qu'il y avait de l'aide disponible à l'hôpital, sans toutefois savoir à quoi s'attendre comme service. Une seule victime connaissait davantage les services puisqu'elle avait déjà eu l'expérience des démarches en accompagnant son enfant. La connaissance des ressources pour les victimes d'agression sexuelle apparaissait donc limitée. De plus, cinq des participantes ne connaissaient pas l'appellation « centre désigné » lors des entrevues alors que l'information est manquante pour la sixième, mais à aucun moment elle n'évoque celui-ci. Il est aussi possible de constater que toutes les participantes ont amorcé leur recherche de services dans un

endroit déjà familier, que ce soit un CLSC, un centre hospitalier, une ressource communautaire ou auprès d'un professionnel de la santé déjà connu.

Manque de ressources. Plusieurs participantes ont évoqué, par la description de leur expérience, la présence de trous dans les services. Par exemple, le fait de se heurter à un refus en raison du manque de place dans un organisme communautaire a été décrit comme une expérience difficile. Il pouvait s'agir aussi de longs délais d'attente, du fait que plusieurs ressources n'offrent pas de services en anglais ou encore d'un nombre de rencontres insuffisant empêchant d'accéder aux services désirés.

Participante: « Ouais, et ainsi (se raclant la gorge), désolée, j'espère que cette fois, j'aimerais effectivement avoir un résultat positif à la fin [de ces démarches pour poursuivre son suivi], parce que pour moi, je pense que c'est tout comme, même si c'est un an plus tard, je suis encore une victime et j'ai encore besoin d'aide. »
[Traduction libre]

La même participante : « Et aussi je ne sais pas si c'est important, mais [...] quand j'ai eu terminé mes séances, je continuais de sentir que ce n'était pas assez. »
[Traduction libre]

Difficulté à aborder l'agression sexuelle. L'agression sexuelle est une problématique difficile à aborder, ce qui peut ainsi constituer un obstacle dans la trajectoire des victimes vers l'accès aux services dont elles ont besoin.

« C'est parce qu'au début, au début c'est difficile d'en parler, ce n'est pas un sujet facile, de s'ouvrir après ce temps-là. »

« On n'était pas tellement sûr quand on est parti à l'hôpital, c'est jamais, ce n'était pas une décision facile, avec le jugement des gens et tout ça. »

De façon similaire, plusieurs participantes évoquent non seulement qu'il s'agit d'un problème difficile à aborder, mais particulièrement avec les proches, ce qui peut faire vivre de l'isolement.

« Je n'ai pas vraiment beaucoup de personnes à qui je peux parler pour m'exprimer et, tu sais, tu ne peux pas vraiment exprimer ce genre de sentiments à ton petit ami. »
[Traduction libre]

« Ah pis on peut dire la famille on peut l'oublier après avoir passé au travers de tout ça. Parce qu'il n'y a pu personne qui reste après ça. »

Crainte de se déplacer seul. Un autre obstacle rencontré par deux participantes est la crainte de se déplacer seule. Les deux victimes ont mentionné avoir de la difficulté à sortir de chez elles en raison d'une réticence à sortir à l'extérieur.

« Il y avait un temps où je, oui, j'étais malade, mais j'étais aussi dans mon propre monde à cause de ce qui est arrivé, où je restais juste à la maison et je ne voulais pas aller à l'extérieur, tu sais. » [Traduction libre]

L'une des deux victimes rapporte qu'on lui aurait reproché des problèmes d'assiduité puisqu'il lui était difficile de sortir de chez elle et qu'elle ne se présentait pas toujours à ses rendez-vous. Elle a rapporté une réticence à redemander des services dans l'organisme communautaire par la suite, alors que le CLSC l'avait référé à cet endroit pour une deuxième fois. Une des victimes d'agression récente rapporte quant à elle avoir été référée au centre désigné après s'être présentée dans un premier hôpital. Elle a toutefois préféré ne pas se rendre le soir même de l'agression et est plutôt retournée à la maison pour se présenter au centre désigné seulement le jour suivant.

« Je suis allée [au premier hôpital] tard dans la nuit, mais euh, je devais conduire alors, je suppose qu'avec l'état de choc et tout, je ne voulais pas y aller par moi-

même en pleine nuit, donc je suis allée directement à la maison et je suis allée [au centre désigné] le lendemain. » [Traduction libre]

Obstacle financier. Malgré qu’au Québec, les victimes n’aient pas à couvrir les frais pour les services reçus puisque le système de santé est un régime public, une participante a mentionné l’aspect financier comme une limite rencontrée pour obtenir des services. En effet, celle-ci rapporte avoir vécu des difficultés par rapport au coût engendré par le transport et au temps nécessaire pour aller aux rencontres.

Besoins ressentis

Les victimes ont exprimé des besoins de différentes natures en lien avec leur expérience dans les services. Que ceux-ci aient été comblés par les services ou non, il est important de les décrire afin de maintenir ou d’améliorer certains aspects des services offerts pour qu’ils correspondent le mieux possible aux besoins.

Besoin de soutien émotionnel

Un premier besoin important évoqué par toutes les participantes est celui d’un soutien émotionnel pour les aider à composer avec l’événement et les émotions ressenties. Certaines d’entre elles ont traité de la forme que ce soutien peut prendre. Pour une grande majorité des participantes, ce besoin s’est traduit notamment par un désir de parler de leur agression et d’être écoutée. Les victimes ressentent le besoin d’une écoute empathique, exempte de jugement et de blâme.

« Il fallait que je trouve quelqu’un qui m’écoute pis qui [ne] me juge pas. »

D'autres ont exprimé le besoin de ce soutien pour comprendre les événements vécus et leur permettre de faire du sens avec l'événement.

Intervieweur : « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous quand vous alliez chercher les services là, qu'est-ce que, selon vous, qui aurait ou qui a été le plus important? »

Participante : « Je m'en allais dire m'écouter, mais c'est peut-être euh comme peut-être d'arriver à comprendre euh qu'est-ce qui s'était passé... »

Pour d'autres, ce besoin visait aussi à les aider à comprendre qu'elles ne sont pas responsables de ce qui est arrivé, car elles peuvent vivre de la culpabilité.

« Je veux juste comprendre, je veux juste peut-être me déculpabiliser même si on me le dit de ne pas me culpabiliser, le déclenchement s'est pas fait. J'ai beau lire, j'ai beau euh essayer, mais on dirait que j'[n']ai pas c'te clanche-là qui passe qui enlève le réflexe d'avoir un [silence] pas le doigt sur le bobo... »

Cette aide peut aussi concerner un besoin d'information sur les réactions émotionnelles et sur les impacts en matière de relations avec les proches.

« J'ai un enfant qui est né de cette agression sexuelle là, je l'ai su plusieurs années par après, mais c'est quand même le fils de mon agresseur, j'aurais aimé avoir plus d'information [sur] comment interagir... parce qu'au début, au début c'[n']était pas évident... »

« Moi quand j'ai eu, bien j'ai deux jeunes enfants pis qu'est-ce que j'ai trouvé le plus difficile c'est que si moi j'[n']étais pas bien, eux allaient le ressentir, donc c'est pour ça que je me suis dit faut que je me dépêche pour que j'sois bien justement intérieurement. »

Du soutien pour faire face aux événements, ou encore des outils peuvent également être recherchés par les victimes.

« J'ai un bout que j'ai été là [dans un organisme communautaire], mais pour me chercher des ressources, des trucs, bon ces affaires-là, puis qu'est-ce qui m'a aidée beaucoup, c'est la lecture. »

Tant les victimes d'agression récente que celles dont l'événement remonte à plus longtemps perçoivent qu'un soutien émotionnel peut demeurer indispensable, peu importe le délai écoulé depuis l'agression puisque celle-ci peut laisser des traces qui persistent. Cela est illustré par les extraits suivants:

« C'est [les agressions sexuelles qui remontent à plusieurs années] toujours resté vif, ça toujours resté à ma mémoire. »

« Ouais, et ainsi... (Se raclant la gorge), désolée, j'espère que cette fois, je vais effectivement avoir une réponse positive à la fin [dans ses démarches auprès d'un organisme payeur gouvernemental pour continuer à recevoir de l'aide d'un intervenant], parce que pour moi, je pense que c'est tout comme, même si c'est un an plus tard, je suis encore une victime et j'ai encore besoin d'aide. » [Traduction libre]

Besoin de soins médicaux et médicolégaux

Des participantes ont évoqué dans leur témoignage un besoin d'accéder à des soins médicaux ainsi que des examens médicolégaux. Par exemple, une victime a mentionné souhaiter un test de dépistage pour une ITS et une autre a souhaité s'assurer qu'elle n'avait pas de blessures physiques en raison de douleurs. Une participante a également souhaité que des prélèvements soient réalisés afin de procéder à une démarche judiciaire contre son agresseur. Ces éléments de l'expérience des victimes traduisent un besoin d'accéder à des soins médicolégaux et également d'être rassurées par rapport à leur état de santé. Tel que mentionné précédemment, le fait de ne pas avoir eu réponse à ce besoin est apparu très préoccupant pour l'une des victimes.

Besoin d'être orienté dans les services et d'être guidé dans les démarches

Plusieurs participantes ont évoqué un besoin d'être orientées dans les ressources disponibles. Par exemple, une victime apparaît avoir surestimé sa capacité à trouver des services qui répondent à ses besoins de sorte qu'elle s'est retrouvée sans ressource après avoir mis fin à des services ne répondant pas à ses besoins :

« Je l'ai vue une fois, pis ensuite je lui ai donné une autre chance, pis euh, pis après ça ben je suis quand même assez franche là, je lui ai dit comme quoi que le courant [ne] passait pas, pis que j'allais me trouver quelqu'un d'autre, mais après j'[ne] me suis pas trouvé personne d'autre, là. »

Besoin de soutien pour les proches

Un autre besoin évoqué par certaines victimes est celui que les proches soient soutenus, outillés et informés quant à l'agression sexuelle. Au cours de leur parcours, deux participantes ont mentionné qu'elles étaient accompagnées de leur conjoint et ont abordé leur perception quant aux services et à la place qu'ils ont reçus. Les extraits suivants témoignent bien du besoin ressenti par l'une des participantes.

« Moi je voulais qu'il soit présent à une partie de la séance parce que je croyais que c'était important qu'il sache comment je me sentais vis-à-vis de tout ça... Qu'il puisse avoir au moins les outils pour pouvoir m'aider. »

« Lui [son conjoint] y se demandait comment je dois fonctionner avec elle... Comment, tu sais et je [ne] veux pas reproduire certaine chose que l'autre a faite... »

Besoin d'aide matérielle

Pour quelques participantes, un besoin d'aide matérielle a été exprimé, par exemple celui d'une compensation pour le temps pris pour accéder aux services lorsqu'elles doivent s'absenter du travail ou pour assurer leurs déplacements. Ce besoin survient

également chez des participantes qui ont rapporté des craintes de sortir seule, que ce soit immédiatement ou plus longtemps après l'agression. Les déplacements seuls peuvent donc être difficiles et même compromettre la participation dans le suivi.

Perception des attitudes des intervenants

L'analyse des entrevues des participantes a permis de dégager différentes attitudes perçues favorablement ou encore négativement chez les intervenants.

Disponibilité

Plusieurs participantes ont indiqué apprécier sentir qu'elles pouvaient prendre le temps nécessaire, que leur intervenant était entièrement disponible pour elles et qu'elles n'étaient pas pressées par le temps. Dans le même ordre d'idée, d'autres ont trouvé difficile de se sentir brusquées ou de ne pas pouvoir joindre facilement quelqu'un en cas de besoin.

« J'ai vraiment comme senti qu'elle avait le temps de s'occuper de moi pis que si j'avais eu quelque chose à rajouter, j'aurais pu prendre le temps pis c'était correct. »

Intervieweur : « Est-ce que vous vous êtes sentie [soutenue] par [l'intervenante] à travers l'obtention des services? »

Participante : « [...] Je pense que c'est un grand mot là c'était, c'était quand même froid fait que, disons que j'avais un problème durant le courant de la semaine pis y fallait que je lui parle, si je l'appelais, elle retournait jamais mes appels... Non, non côté soutien non. »

Prendre au sérieux et croire la victime

L'agression sexuelle étant décrite comme un sujet difficile à aborder par les participantes, il est donc intéressant de voir qu'elles ont apprécié que les intervenants

adoptent une attitude respectueuse et qu'ils leur fassent sentir qu'elles sont prises au sérieux lorsqu'elles partagent leur vécu.

« Elle nous a pris au sérieux pis elle a, ben c'est ça, y'avait, elle a pris au sérieux notre, notre histoire comme on, comme on pourrait le dire, pis euh [elle] dégageait beaucoup, beaucoup de respect. »

D'ailleurs, les victimes peuvent se sentir encore plus coupables lorsque les intervenants minimisent les gestes d'agression :

« C'est le sentiment que parce qu'il y avait de l'alcool là-dedans là, pis le jugement, il a porté le jugement pis euh... il a minimisé euh... le... le geste posé par [l'agresseur] en prétendant qu'on était des adultes qui avaient pris de l'alcool, fait que ça a été, ça été une étape qui a été difficile parce ça, ça nous a... on l'a culpabilisé longtemps pis on a travaillé beaucoup sur la culpabilité avant de avant de de de d'admettre qu'on n'était pas en tort pis que peu importe s'il y avait de l'alcool ou non, on n'était pas, on n'était pas responsable de ce qui s'était passé, mais ça l'a, ça l'a amplifié de notre malaise disons. »

Le tact avec lequel les participantes ont été accueillies a semblé important, de même que la façon dont les intervenants les ont abordées et leur ont fourni les explications au cours des interventions. Les victimes ont surtout abordé les mauvaises expériences à cet effet :

« Je pense que c'est une chose qui nous a, qui nous a blessé, beaucoup, sa façon de faire, sa façon de nous parler. »

Empathie

Une autre attitude appréciée est de faire preuve de chaleur et d'empathie dans l'intervention. Des participantes ont exprimé avoir apprécié ressentir qu'un lien était établi avec l'intervenant et de sentir qu'on prenait soin d'elles. Elles ont apprécié se

sentir épaulées et réconfortées et de sentir qu'elles interagissaient avec des gens « humains ».

« J'ai besoin de douceur [...] Bien je m'en allais dire c'est peut-être au sens figuré euh que d'avoir euh une maman qui est là pour nous prendre dans ses bras. »

À l'inverse et de façon plus importante encore, même lorsque les interventions étaient perçues comme réalisées de façon professionnelle, lorsque l'empathie et la chaleur n'étaient pas ressenties par les victimes, les interventions étaient décrites de façon plus négative. Pour certaines, cela a mené à mettre fin aux services.

« Oui ils ont été vraiment sympathiques pis ils voulaient vraiment m'aider, mais je crois que quand on [ne] veut pas, ben pas qu'on [ne] veut pas s'aider, parce que sinon j'[n']aurais pas été là, mais quand je [ne] sens pas une grosse chimie moi j'abandonne, surtout pour ces affaires-là. »

« Bien y'avait comme un froid, on dirait qu'[elle n'] était pas plus humain, c'est comme si elle travaillait pour travailler. »

Participant : « [Les explications des policiers] Elles étaient très claires, mais sans émotion, sans euh, t'sais c'est des gens qui côtoient ça régulièrement, je le sais pas, mais euh je veux dire euh... Il n'y avait pas, y'avait pas, y'avait pas de chaleur nécessairement dans leurs mots. »

Intervieweur : « Mais ils étaient compétents quand même? »

Participant : « Oui, oui, oui, tout à fait pis y nous ont respecté, pis t'sais je veux dire euh, je pense qu'ils ont bien fait leur travail. »

Intervieweur : « Ils étaient très directs. »

Participant : « Ouais, t'sais ben je [ne] peux pas dire que.... Ouais c'est [mot intelligible] ce n'était pas euh... Je [ne] pourrais pas dire non plus froid là, je veux dire, ils [ne] sont pas arrivés désagréables, ils [ne] sont pas arrivés en en nous agressant verbalement, mais détachés. »

Offrir des choix

Dans différents comportements décrits par les participantes, il a été possible de constater que des choix leur étaient proposés et cette attitude semble toujours être perçue

positivement. Par exemple, pour une victime, le fait de proposer d'aller au-delà de thèmes reliés à l'agression sexuelle et de considérer la personne dans sa globalité était un élément apprécié. D'autres rapportent avoir particulièrement apprécié qu'un suivi à domicile ait été proposé par l'intervenant ou encore avoir apprécié le choix du lieu de rencontre avec les policiers pour porter plainte. L'extrait suivant montre bien que les services proposés de façon flexible sont perçus positivement :

« Je trouve ça bien qu'ils arrivent pis qui nous laissent, qu'ils nous laissent la chance de nous expliquer parce que quand même euh... Nous on avait on en avait déjà discuté le, le matin, on savait déjà vers quoi on se dirigeait [par rapport à la possibilité de porter plainte contre l'agresseur], mais quelqu'un qui [n']a pas pris le temps d'en... d'y penser, ou qui [ne] sait pas que, qu'il peut le faire c'est juste comme nous on, on, on le sait, mais je veux dire je pense que c'est pas tout le monde qui, qui peut être capable de, de, de, de juger après coup, là. Euh je pense que c'est bien que les personnes arrivent pis que euh qui viennent nous rencontrer. Pis qu'ils viennent nous expliquer pis après ça on est libre après les explications de poursuivre ou non, t'sais. »

Être calme

Quelques participantes ont rapporté avoir apprécié que les intervenants adoptent une attitude calme et soient apaisants pendant l'intervention, ce qui avait pour effet de les rassurer et de les mettre en confiance.

« Elle avait comme su capter comme vraiment là mon stress, mon angoisse, ma panique, du fait qu'[elle] était plus calme pis avec son écoute, ça juste comme... pouf, c'était plus facile à faire couler les mots. »

« Je trouve que c'est important comme je disais tantôt là euh moi plus c'est sévère pis plus je me renferme, mais une paire de bras euh y me semble de la douceur pourrait compenser aussi un peu plus. »

Atténuer la culpabilité

Certaines victimes ont trouvé difficile de ressentir de la culpabilité par rapport à l'événement, ou encore de se sentir blâmées par les intervenants, que ce soit pour l'agression sexuelle ou encore en raison de l'absence de résultats après un suivi.

« C'est le sentiment que parce qu'il y avait de l'alcool là-dedans là, pis le jugement, il a porté le jugement pis euh il a minimisé euh le, le geste posé par [l'agresseur] en prétendant qu'on était des adultes qui avaient pris de l'alcool. »

« Bien c'est ça, que... les gens normaux normalement après un suivi de... ça faisait plusieurs mois, peut-être une année qu'elle venait à la maison pis qu'il [n'y] avait pas de résultats... bien c'était ma faute. »

« Pis même moi, je me disais des fois euh... j'aurais dû en parler dans ce temps-là, j'aurais peut-être pu na na, pis on se tape dessus trop facilement, pis elle non, euh... euh... ça avait bien été pour euh, j'[n']ai pas vraiment de reproche, elle avait comme bien répondu à mon besoin vraiment là. »

Ainsi, il semble perçu favorablement que les intervenants adoptent une attitude et des propos non culpabilisants dans leurs interventions auprès des victimes.

Discrétion

Une victime a mentionné avoir apprécié la discrétion dont une personne rencontrée a fait preuve. Cette attitude concernait la personne l'ayant accueillie dans le département d'urgence.

Niveau de satisfaction

De façon générale, les témoignages révèlent un niveau de satisfaction variable quant à leur expérience générale dans les centres désignés. La plupart des participantes ont

mentionné des difficultés spécifiques qui ont contribué à amoindrir leur appréciation. Par exemple, plusieurs participantes ont donné une appréciation plus faible en raison de difficultés d'accès aux services pour l'agression sexuelle, ou encore d'insatisfaction par rapport aux interventions de certains intervenants. Néanmoins, la majorité des personnes rencontrées sont perçues comme compétentes, empathiques et respectueuses. Cinq des six participantes ont au moins rencontré une personne dont les services ont été satisfaisants et ont trouvé réponse à leurs besoins. La sixième était toujours en attente de services au moment de l'entrevue. Certaines victimes ont rencontré des personnes compétentes qui les ont traitées de façon plus froide et moins humaine, ce qu'elles ont moins apprécié sans toutefois que cela influe significativement sur leur satisfaction. Une personne qui blâme ou minimise l'événement peut toutefois affecter de façon très importante la satisfaction de la victime tel qu'en témoignent les extraits suivants qui concernent la même participante.

Intervieweur : « Durant ce 24h là, votre niveau de satisfaction générale face aux services que vous avez reçus, si on regarde une échelle de 1 à 10, où 10 c'est le plus haut niveau de satisfaction et le 1 le plus bas, quel chiffre est-ce que vous donneriez? »

Participante : « Dans, dans ce, dans ce chiffre enfin, la moyenne de tous les services qu'on a reçus est-ce qu'il faut que je diminue par rapport à [l'intervenant qui a minimisé l'agression sexuelle et blâmer la participante] qu'on a rencontré ou je, vous en tenez pas compte? »

Intervieweur : « Bien, on va faire les deux, si vous prenez en considération [l'intervenant qui a minimisé l'agression sexuelle et blâmer la participante], ça serait quoi votre niveau de satisfaction? »

Participante : « Zéro. »

Intervieweur : « Zéro. Si on enlève [l'intervenant qui a minimisé l'agression sexuelle et blâmé la participante] de ce, ce chiffre-là? Quel chiffre est-ce que vous donneriez? »

Participante : « Neuf, peut-être même dix, parce que j'ai rien à dire sur les autres services. »

Suggestions des participantes pour améliorer les services

Le dernier thème abordé avec les participantes concernait leurs suggestions pour améliorer les services d'aide en matière d'agression sexuelle au Québec pour les victimes. À cet effet, deux sous thèmes plus larges ont pu être identifiés. Le premier est de rendre les services de façon plus flexible et le second concerne l'importance de faire connaître davantage les services dans les centres désignés.

D'abord, la flexibilité est comprise ici comme la nécessité de s'adapter aux circonstances et aux besoins particuliers de chacun. Plus spécifiquement, l'une des recommandations est de ne pas allouer un nombre fixe de rencontres pour le suivi psychosocial puisque les victimes peuvent ressentir encore des besoins au terme de celles-ci. Il peut ainsi être difficile de devoir faire de lourdes démarches pour revendiquer davantage de rencontres auprès d'organismes payeurs ou de se retrouver face à des trous de services.

« Non je ne fixerais pas de limite [du nombre de rencontres]... Tu sais, s'il y avait aussi plus de services, je veux dire même s'ils mettaient éventuellement comme une limite, tu sais au moins il y aurait autre chose qui te permettrait d'avancer, tu sais, de t'aider à te garder au point où tu en es et c'est juste ah, ça [la fin des services] ne se fait pas doucement du tout... » [Traduction libre]

Une autre recommandation plus spécifique englobée dans ce thème est de proposer de faciliter les déplacements ou même de permettre des rencontres à domicile dans le contexte de craintes post-agression ou de difficultés financières. Certaines participantes auraient également souhaité que les services s'adaptent à la présence d'un proche et tiennent compte de celui-ci dans les services reçus ou encore qu'on tienne compte de leur préférence par rapport au sexe du médecin qui réalise l'examen médical ou

médicolégal. Par ailleurs, la flexibilité peut également se manifester au travers de l'attitude des intervenants. Ainsi, l'importance que les intervenants se montrent flexibles, malgré le cadre de leur travail, ressort également dans les suggestions des participantes.

« D'être humain, moi je pense que c'est ça, voir au-delà de juste être une intervenante. »

L'importance de faire preuve de flexibilité se retrouve également au niveau des choix offerts à la victime. À cet effet, l'une des victimes mentionne notamment l'importance de se voir offrir au moins le choix du sexe de l'intervenant qui prodiguera les services.

Participante : « Je pense que je n'ai rien à dire sur le protocole, peut-être juste peut-être la seule chose que je pourrais dire peut-être à, peut-être obliger que ce soit une femme pour faire l'examen gynécologique même si le médecin avait été gentil euh, c'est difficile t'sais que ce soit un homme après qui fait l'examen gynécologique c'est, c'est, c'est extrêmement difficile, là. »

Intervieweur : « Est-ce que vous croyez que ça devrait être obligatoire que ce soit une femme... »

Participante : « Oui, oui. »

Intervieweur : « ...Ou qu'on vous donne le choix? »

Participante : « Peut-être qu'on pourrait nous donner le choix, peut-être que pour d'autres femmes ce [ne] serait pas nécessaire, ça, c'est sûr. »

Quant au second thème, l'importance de faire connaître davantage les services des centres désignés a été évoquée par trois participantes. Deux d'entre elles suggèrent d'informer davantage la population sur les services par de la publicité et une troisième, sans proposer directement davantage de publicité, mentionne qu'elle aurait aimé que sa recherche de services soit plus facile. Ces trois victimes ont abordé de ce fait leur méconnaissance des services offerts lorsqu'elles en ont eu besoin. Une participante suggère également de mettre l'emphasis sur l'accessibilité et la rapidité dans l'obtention

des services, puisqu'il s'agit pour elle d'un point déterminant. Considérant qu'un thème important de leur expérience était la faible connaissance des services et ressources pour les victimes d'agressions sexuelles au moment où elles en ont eu besoin, cette suggestion apparaît pertinente pour l'ensemble des victimes.

Discussion

La présente recherche avait comme objectif d’explorer la perspective des victimes d’agression sexuelle quant à l’expérience des soins reçus dans les centres désignés, dans le but de mieux comprendre et d’améliorer la capacité de ceux-ci à répondre efficacement à leurs besoins. Les résultats sont donc discutés en les mettant en relation avec les connaissances existantes sur l’agression sexuelle et les services qui doivent être offerts aux victimes. Par la suite, les forces et faiblesses de la recherche sont présentées et pour terminer, les retombées et applications de la recherche sont décrites.

Questions de recherche

Trajectoire des participantes

L’analyse des thèmes a permis de dégager quatre aspects permettant de rendre compte de la trajectoire des participantes, soit l’élément déclencheur de leur recherche de service, leur trajectoire jusqu’à l’arrivée dans un centre désigné, leur perception par rapport à différents aspects des services reçus et les obstacles qu’elles ont identifiés au cours de leur trajectoire dans les services.

D’abord, les données de la présente recherche ont été recueillies auprès de deux victimes ayant subi une agression sexuelle récente, alors que les quatre autres ont cherché des services pour une ou des agressions qui remontent à plusieurs années. Cela permet d’établir que ces clientèles sont présentes et doivent toutes deux être considérées.

L'agression sexuelle entraînant de nombreuses conséquences à long terme (Campbell et al., 2009), il n'est donc pas étonnant de retrouver des participantes qui consultent plusieurs années après l'agression. Des recherches ont indiqué qu'une proportion importante des victimes attendent un certain temps avant d'accéder aux services (Ranjbar & Speer, 2013; Resnick, Holmes, et al., 2000; Weist et al., 2014) et qu'elles consultent souvent pour d'autres problématiques de santé reliées à leur agression sexuelle (Ranjbar & Speer, 2013). Par contre, le protocole d'intervention médicosociale utilisé dans les centres désignés prévoit des services pour les victimes adultes entre le jour même et 6 mois suivant l'agression sexuelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Au-delà d'un délai de 6 mois, les victimes adultes d'agression sexuelle sont dirigées vers les cliniques médicales et médecins en cabinet privé pour leurs besoins médicaux et vers les groupes communautaires d'aide aux victimes d'agression sexuelle ou les services publics de santé mentale pour leurs besoins concernant les services psychosociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Il devient néanmoins important de s'assurer que cette trajectoire permette d'accéder aux services nécessaires et que les ressources soient présentes, accessibles et appropriées pour toutes les victimes. En effet, les victimes semblent avoir perçu que les services offerts par le biais de cette trajectoire ne répondaient pas à leurs besoins par rapport à la détresse psychologique ressentie. Pourtant, en tant qu'organisation désignée pour mener l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle qui vise à les aider à composer avec les différentes réactions et séquelles possibles, les centres désignés se

doivent de prévoir l'accès à ces services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b).

L'élément déclencheur ayant amené les participantes à rechercher des services dans les centres désignés s'est avéré différent pour les victimes d'agression récente et pour celles dont l'agression remonte à plusieurs années. Les premières ont recherché des services d'abord et avant tout en lien avec leur santé physique. Ce n'est pas que les participantes ayant subi une agression récente n'avaient pas de besoin au plan psychologique, mais plutôt que ce n'est pas cet aspect qui les a amenées initialement à faire la démarche. La proportion des victimes d'agression sexuelle récente avec ou sans blessure dans les centres désignés est, à notre connaissance, inconnue. Par contre, sachant que des recherches ont indiqué qu'une plus grande proportion des victimes qui présentent des blessures physiques recherche des soins médicaux (Resnick, Holmes, et al., 2000) et dévoilent leur agression auprès de ressources d'aide formelles (Ullman & Filipas, 2001), ce constat n'est pas surprenant. Il amène également à soulever un questionnement concernant la place des victimes d'agression sexuelle qui ne présentent pas de blessure physique dans les services, considérant que la plupart des centres désignés sont situés principalement dans des centres de santé et de services sociaux et des hôpitaux (Collin-Vézina et al., 2014). Rappelons que l'une des raisons les plus fréquentes de ne pas dévoiler l'agression sexuelle est qu'elle n'est pas perçue comme assez grave (Gannon & Mihorean, 2005). De plus, même si les données administratives des centres désignés ne sont pas comptabilisées systématiquement, on remarque que

l'utilisation de la trousse médico-légale est plus souvent comptabilisée que la trousse médico-sociale dans les centres désignés (Collin-Vézina et al., 2014), soulignant l'importance de se pencher sur la place accordée aux besoins psychologiques dans ces centres. Cela amène à souligner l'importance des soins de santé, mais aussi de l'intervention psychosociale après une agression sexuelle récente et ce aussi pour les victimes qui ne souffrent pas de blessures physiques manifestes (Resnick, Holmes, et al., 2000).

Les participantes de l'étude ayant subi une agression qui remonte à plus longtemps ont toutes recherché des services en lien avec de la détresse psychologique. Des événements qui ont fait ressurgir les souvenirs de leur agression sexuelle, un souci d'améliorer leur état psychologique en faisant face à la parentalité et le fait de réaliser après coup que le traumatisme vécu est une agression sexuelle font également partie des éléments déclencheurs qui les ont amenées à consulter à un moment précis. Des résultats similaires sont trouvés auprès de 125 participants interrogés concernant ce qui les a incités à chercher des soins dans un centre pour l'agression sexuelle de l'État du Maryland (Monroe et al., 2005). La plupart des victimes ont indiqué avoir des symptômes psychologiques comme de l'anxiété ou la dépression (66,4 %), un besoin de parler avec quelqu'un qui les comprend (32,8 %), ou encore des reviviscences (*flash-backs*) ou des cauchemars (16,8 %) (Monroe et al., 2005), problèmes semblables à ceux rapportés par les participantes de la présente recherche, même si celles-ci n'ont pas été interrogées systématiquement à ce sujet. Les résultats d'une recherche qualitative ayant

procédé à une analyse par théorisation ancrée indiquent également que plusieurs participantes ont cherché de l'aide au plan émotionnel après avoir réalisé que certaines difficultés dans leur vie découlaient de l'agression sexuelle (Symes, 2000), ce qui rejoint le motif de certaines participantes de la présente étude dont l'agression remontait à plusieurs années. Les données recueillies ont aussi permis de découvrir que pour certaines participantes, l'agression sexuelle était dévoilée pour la première fois. Dans le contexte où des études suggèrent qu'une réponse négative au dévoilement peut inciter à garder le silence par la suite (Ahrens, 2006; Symes, 2000) et ainsi induire des comportements néfastes (Symes, 2000), il devient très important que la réponse reçue dans les services soit positive.

Quant aux trajectoires précédant l'entrée dans un centre désigné, les deux victimes d'agression récente se sont spontanément présentées à un département d'urgence d'un hôpital familial. L'une d'entre elles a toutefois été référée à un second hôpital, car le premier n'était pas un centre désigné, ce qui correspond aux pratiques suggérées par le modèle d'organisation des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). On peut toutefois se questionner quant à cette procédure, qui pourrait amener la victime à ne pas se présenter au second endroit après y avoir été référé, ou encore en retarder la visite, comme ce fut le cas pour une des participantes. Une meilleure connaissance des centres désignés et de leur rôle dans la population en générale pourrait répondre en partie à cette difficulté.

Pour ce qui est de la trajectoire pour les participantes consultant pour une agression ancienne, les témoignages recueillis indiquent un recours aux services suivant une demande explicite concernant leur histoire d'agression sexuelle, ou en raison de plaintes concernant des problématiques psychologiques par le biais de leur médecin de famille. Cela appuie l'importance d'aiguiller davantage les médecins et les autres intervenants de la santé à dépister et reconnaître cette problématique, ainsi qu'à répondre adéquatement à un dévoilement. L'information concernant les trajectoires montre que certaines participantes ont frappé à différentes portes avant de trouver réponse à leur besoin. Certaines ne se sont pas découragées, mais se sont heurtées à un refus qui a été décrit comme une expérience très difficile. Il apparaît donc important que la demande d'aide soit reconnue et que la personne soit orientée adéquatement dans les services lorsque l'on ne peut pas directement répondre au besoin à l'endroit où l'aide est demandée. Les récits des victimes sont donc cohérents avec les résultats de la collecte de données administratives, auprès des professionnels et des répondants régionaux du projet plus global de l'évaluation des centres désignés, qui indiquent une plus grande complexité de services pour les victimes adultes pour lesquels l'agression remonte à six jours ou plus (Collin-Vézina et al., 2014).

Les victimes ont peu verbalisé leurs perceptions des interventions médicales et médico-légales comme telles, mais davantage leurs perceptions de la manière et l'attitude des personnes qui ont procédé à ces interventions. Plusieurs éléments retrouvés dans le récit des victimes à cet effet corroborent les résultats d'autres études. D'abord,

tout comme plusieurs (Ericksen et al., 2002; Fehler-Cabral et al., 2011), la présente recherche tend à indiquer qu'elles ont apprécié les explications claires et appropriées reçues par les différents intervenants. Dans le contexte où certaines se sont décrites comme ébranlées au plan émotionnel, il est d'autant plus nécessaire que les explications soient claires et que les intervenants soient attentifs à leur besoin d'information. Mentionnons également que la présente recherche soutient que les intervenants doivent porter attention à la façon dont ils donnent des explications, puisque certaines participantes se sont senties blâmées ou jugées, même si elles percevaient que l'intervention était réalisée de façon professionnelle. Ces résultats sont concordants avec ceux de Campbell, (2005) indiquant que même si ce n'est pas leur intention, les intervenants peuvent sous-estimer la détresse que leurs comportements peuvent engendrer. Par ailleurs, une participante a souligné qu'il peut être difficile d'être examinée par un médecin de sexe masculin. Dans le même sens, Ericksen et son équipe (2002) ont trouvé que les intervenants de sexe féminin contribuaient au sentiment de sécurité ressenti par les victimes lors de leur passage dans les services. Ainsi, il n'est peut-être pas possible ni nécessaire que le personnel soit entièrement de sexe féminin, mais il apparaît important de tenir compte de la préférence de la victime.

Un autre aspect jugé important par les participantes dans les services reçus concerne le soutien émotionnel à court et à long terme, tant pour la victime que pour les proches impliqués. En ce sens, Brillon et Marchand (1997) recommandent un échange d'information quant à la nature des réactions post-traumatiques suivant l'agression

sexuelle afin de favoriser chez les victimes une bonne compréhension et de l'indulgence à l'égard de leurs symptômes. Ces auteurs mettent aussi en évidence l'importance d'entreprendre tôt un traitement psychologique afin d'empêcher que leurs symptômes persistent (Brillon & Marchand, 1997).

À plus long terme, l'état des connaissances actuelles concernant les interventions pour les problèmes de santé mentale découlant de l'agression sexuelle tend à indiquer que des approches et traitements efficaces existent (Russell & Davis, 2007; Vickerman & Margolin, 2009). La présente recherche met toutefois en lumière un besoin d'éclaircir cet aspect des services au Québec, considérant que les participantes référées vers les services en santé mentale ne semblent pas avoir perçu favorablement les interventions. En raison des différences dans l'organisation des services dans chacune des régions administratives de la province, les recherches effectuées à ce jour ne visaient pas à documenter l'état de la situation concernant l'accessibilité et l'efficacité des interventions en santé mentale au Québec pour les victimes d'agression sexuelle. On peut donc se questionner sur les services disponibles pour les victimes, sachant les conséquences possibles sur la santé mentale (p. ex. Briere & Jordan, 2004; Campbell et al., 2009). Ainsi, il serait intéressant de s'assurer que les traitements disponibles soient basés sur les données probantes. Maniglio (2009) souligne qu'une histoire d'agression sexuelle devrait être systématiquement recherchée chez tous les adultes atteints de troubles psychiatriques ainsi que de problèmes médicaux qui sont d'origine psychologique. Cet auteur met l'accent sur la responsabilité des services de santé

mentale à prendre les mesures appropriées. Par contre, les résultats d'une étude suggèrent que les intervenants perçoivent eux-mêmes que certains professionnels peuvent émettre des comportements et des pratiques néfastes pour les victimes (Campbell & Raja, 1999), et une majorité d'intervenants interrogés ont indiqué ne pas se sentir en mesure de répondre adéquatement à la divulgation d'agression sexuelle d'un client (McLindon & Harms, 2011). À la lumière de ces informations, il apparaît essentiel de vérifier de quelle façon les services en santé mentale et les ressources communautaires sont organisés et si les intervenants sont outillés pour permettre de dépister, évaluer et traiter les problématiques auxquelles font face les victimes d'agression sexuelle au Québec.

Bien qu'aucune autre étude n'ait été répertoriée à ce sujet, l'inclusion de partenaires offrant des services psychosociaux lors de l'intervention initiale apparaît être un élément positif pour les victimes, qui permet d'établir un premier contact et potentiellement faciliter la poursuite d'un suivi psychosocial. Sachant que peu de victimes tendent à accepter de recevoir un suivi (Decker & Naugle, 2009), cette pratique pourrait favoriser la continuité des services au-delà de cette première rencontre. En effet, le contexte des centres désignés représente à notre avis une opportunité unique d'informer, de déceler, d'orienter et d'assurer l'accès au traitement pour la détresse psychologique et les conséquences à plus long terme de l'agression sexuelle. En tenant compte des conséquences psychologiques qui peuvent découler de l'agression sexuelle et du besoin

de soutien émotionnel exprimé par toutes les participantes, il ne fait aucun doute qu'une place importante doit être accordée aux interventions concernant cet aspect.

Concernant la perception des services reçus, il a été difficile de trouver une correspondance entre les huit étapes du modèle d'intervention médicosocial et le récit des participantes. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces difficultés. Premièrement, ces étapes semblent avoir été établies pour les victimes d'une agression récente et rejoignent peu l'expérience des victimes d'agression qui remonte à plus longtemps. Aussi, les étapes s'adressent aux intervenants (p. ex. orientation de l'intervention) et les victimes ne les perçoivent donc peut-être pas toutes lors de l'intervention, de sorte qu'il n'est pas possible de les retrouver dans leurs récits. Aussi, certaines des victimes ont rapporté des souvenirs flous de leur passage au centre désigné, ce qui pourrait s'expliquer par le temps écoulé ou encore par les émotions intenses qu'elles ont ressenties à ce moment. Néanmoins, il pourrait être pertinent de s'assurer que ce modèle en huit étapes tienne compte des suggestions tirées des recherches sur les traumatismes et sur l'agression sexuelle (voir Decker & Naugle, 2009) et que soit précisée la trajectoire pour les victimes d'âge adulte dont l'agression sexuelle remonte à plus long terme afin d'être cohérent avec l'un des principes de base de l'organisation des services, soit que toutes les victimes d'agression sexuelle au Québec puissent accéder à des services qui incluent un suivi approprié (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b).

L'analyse des données a également pu mettre en lumière certains obstacles et difficultés vécues par les victimes par rapport à l'obtention de services en lien avec leur agression sexuelle. Un premier élément est la méconnaissance des centres désignés et de façon plus générale, des ressources de la communauté. D'ailleurs, la majorité des répondants régionaux de l'étude plus vaste sur l'implantation des centres désignés ont indiqué que leurs services n'étaient pas publicisés. Ils perçoivent que des victimes pourraient ne pas avoir l'idée de s'y présenter, ni y être dirigées (Collin-Vézina et al., 2014).

Un autre obstacle est la présence de trous de services sous forme de délai d'attente, d'un manque de ressources ou encore d'un nombre de rencontres limité et insuffisant. La présente recherche révèle également les difficultés rencontrées chez une victime pour accéder à un examen médical, ce qui représente une forme de revictimisation puisque ce phénomène se définit non seulement par des soins fournis de façon irrespectueuse ou inappropriée, mais aussi par l'impossibilité de recevoir l'assistance requise (Campbell & Raja, 1999). Il apparaît important de s'assurer de la continuité dans les services, notamment par l'orientation vers les ressources appropriées. En ce sens, parmi les facteurs favorisant une bonne implantation des services, des auteurs ont identifié une bonne collaboration avec les autres organismes et des consultations par le biais de tables de concertation en agression sexuelle (Ahrens et al., 2000). Selon le rapport sur l'implantation des centres désignés, la majorité des partenaires impliqués dans l'offre de services perçoivent leur collaboration comme efficiente, malgré qu'elle ne soit pas

toujours établie de façon officielle et qu'elle soit organisée de façon différente d'un centre désigné à l'autre (Collin-Vézina et al., 2014).

Les victimes rapportent également que l'agression sexuelle est un sujet difficile à aborder. Des auteurs ayant étudié les obstacles au dévoilement soulignent l'importance de poursuivre les efforts au niveau social pour qu'il soit plus facile pour les victimes de dévoiler et de rechercher l'aide souhaitée, notamment en luttant contre les mythes et tabous (Ahrens, 2006; Collin-Vézina, De La Sablonnière-Griffin, Palmer, & Milne, 2015; Ullman & Filipas, 2001). Le fait que les participantes aient évoqué cet obstacle suggère qu'il s'agit d'un sujet qui demeure tabou pour elles et les efforts de sensibilisation dans la population en générale doivent se poursuivre.

Un autre obstacle mis en lumière est la crainte de sortir seul immédiatement après l'agression. Les moyens pour la victime de se rendre au centre désigné lorsqu'elle y est redirigée ne sont pas prévus clairement (Comité du Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle, 2006). Sachant qu'idéalement, les prélèvements médico-légaux devraient être recueillis dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), il est surprenant qu'aucun mécanisme ne semble prévu pour ces personnes qui vivent généralement une période où les émotions sont intenses (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), et qui ne se présentent pas nécessairement accompagnées. Il apparaît injustifié de leur demander de se déplacer sans accompagnement ou encore d'organiser leur transport seul. L'intervention se

voulant adaptée et personnalisée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), il s'agit d'un élément qui pourrait être prévu systématiquement et qui pourrait faire l'objet d'une concertation entre les partenaires. À ce problème, le modèle SANE offre une réponse intéressante puisque certaines organisations disposent d'une infirmière sur appel pouvant se déplacer (Ledray, 1999). On peut donc se questionner sur l'utilité et la faisabilité de cette solution dans le contexte des centres désignés, particulièrement aux endroits où il y a un faible volume de victimes qui se présentent chaque année. Cela permettrait de faciliter la concentration et le maintien de l'expertise du personnel puisqu'un petit nombre de personnes ciblées et formées serait amené à pratiquer les interventions nécessaires.

Finalement, un élément du contexte particulier des centres désignés est que les services sont défrayés par le système de santé du Gouvernement du Québec alors que les programmes SANE aux États-Unis, par exemple, n'ont pas de financement garanti (Collin-Vézina et al., 2011) et que dans certains hôpitaux, les victimes peuvent même avoir à défrayer les coûts (Ahrens et al., 2000; Ledray, 1999). Néanmoins, des obstacles de nature financière sont rapportés par les participantes en raison du coût engendré par l'absence au travail et du coût des déplacements pour se rendre aux rencontres, ce qui peut limiter l'accès aux services.

En somme, l'analyse des entrevues réalisées avec les participantes a permis de fournir un éclairage sur les trajectoires parcourues avant, pendant et après les services obtenus

dans les centres désignés. Les victimes ont ainsi identifié des aspects positifs par rapport aux services reçus, mais aussi des obstacles qui permettent toutefois de soulever des améliorations à apporter.

Besoins ressentis par les participantes

Considérant que le Gouvernement du Québec a pris des orientations qui visent à répondre adéquatement aux nombreux besoins des victimes en fonction de leur situation particulière et unique (Gouvernement du Québec, 2001), il a semblé important de décrire les besoins évoqués par les participantes afin de bien refléter leur expérience. Il a été possible de mettre en lumière, à partir du récit des victimes, des besoins de soutien émotionnel immédiatement après l'événement, mais aussi à plus long terme, des besoins d'accéder à des soins médicaux et médicolégaux, d'autres concernant l'orientation dans les services, des besoins de soutien pour les proches et d'aide matérielle. Ces besoins apparaissent pour la plupart en réaction aux obstacles rencontrés dans les services. Cela rejoint certains des besoins décrits dans le guide d'intervention médicosocial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Considérant que les besoins trouvés sont nombreux et ne sont pas les mêmes pour toutes les victimes, il convient donc, sans aucun doute, de mettre l'accent sur la prise en compte des besoins propre à chacune des victimes.

Attitudes appréciées et attitudes perçues négativement

La présente étude a permis d'identifier certaines attitudes à préconiser puisqu'elles ont été perçues favorablement, ou encore, l'attitude contraire a été réprouvée. Ainsi, il apparaît qu'être disponible, prendre au sérieux et croire la victime, présenter une attitude chaleureuse et empathique, offrir des choix, être calme, faire preuve de discrétion et tenter de diminuer la culpabilité plutôt que de l'exacerber sont des attitudes appréciées par les victimes. Les attitudes inverses ont le plus souvent été identifiées comme néfastes ou désagréables. Certains résultats de la présente recherche rejoignent ceux de Fehler-Cabral et ses collaborateurs (2011) ayant trouvé que les participants avaient vécu des expériences positives lorsque les services étaient réalisés avec empathie, en offrant des choix, alors qu'à l'inverse les victimes étaient blessées lorsqu'aucun choix ne leur était offert et lorsque les intervenants agissaient d'une façon froide et détachée. D'autres recherches indiquent que laisser des choix est apprécié (Decker & Naugle, 2009; Ericksen et al., 2002). L'analyse des thèmes a montré que dans plusieurs cas, même lorsque l'intervention d'une personne est décrite comme professionnelle et appropriée, elle n'est pas perçue dans des termes positifs si elle est réalisée de façon détachée, sans émotion et froide. Cela rejoint les résultats de Ahrens et ses collègues (2007), qui par l'analyse qualitative de récits de 102 victimes, sont arrivés au même constat et ont suggéré que la manière dont est fournie l'aide est au moins autant importante que le type d'aide prodigué. Certaines réactions négatives des intervenants observées lors du dévoilement de l'agression sexuelle dans cette étude, soit blâmer, manquer de sensibilité, incluant de remettre en question, douter, ou minimiser le vécu de la victime

(Ahrens, 2006) se rapprochent également des attitudes négatives perçues par les participantes de la présente recherche. Les victimes apprécient d'être respectées, crues et prises au sérieux, ce qui corrobore les résultats de Ranjbar et Speer, (2013). Dans une autre recherche, les réponses décrites comme aidantes sont d'écouter, croire et protéger la victime tandis que les réponses blessantes sont d'ignorer ce que la victime dit, ne pas fournir de protection ou protéger de façon inefficace, blâmer ou juger la victime, minimiser l'impact de l'agression et encourager à ne pas parler du crime ou prendre pour l'agresseur (Symes, 2000). Les attitudes sont importantes dans la mesure où les intervenants qui adhèrent aux stéréotypes et mythes reliés aux viols et offrent des soins de façon irrespectueuse ou sans considération peuvent être perçus comme entravant le rétablissement des victimes (Ranjbar & Speer, 2013). Malheureusement, les résultats concernant les attitudes perçues négativement indiquent que les participantes ont vécu de la revictimisation (être blâmée ou questionnée sur leur agression) par des intervenants ou partenaires impliqués dans le cadre des centres désignés. Il demeure donc de toute évidence du travail à faire concernant la sensibilisation des intervenants aux mythes concernant les victimes.

Niveau de satisfaction

Les résultats de la présente recherche en regard de la satisfactions des participantes se situent à mi-chemin entre ceux à l'égard des services reçus dans les SANE ou d'autres organisations offrant des services similaires (Campbell, Patterson, et al., 2008; Ericksen et al., 2002; Fehler-Cabral et al., 2011; Weist et al., 2014) et ceux offerts dans les SARC

au Royaume-Uni (Ranjbar & Speer, 2013), qui sont décrits principalement en termes négatifs avec une satisfaction variable. La majorité des participantes de cette étude rapporte au moins une expérience positive, mais aussi une ou plusieurs expériences négatives ayant un poids assez important dans leur appréciation générale. L'amélioration des aspects décrits en termes négatifs par les participantes de la présente recherche pourrait permettre d'augmenter les expériences positives. Il serait intéressant que l'on s'attarde aux aspects décrits en termes positifs dans les recherches sur le modèle SANE afin d'évaluer si certains aspects de leur modèle pourraient être transposés aux services des centres désignés.

Suggestions pour améliorer les services

Les suggestions des victimes ont pu être regroupées sous deux grands thèmes qui sont clairement apparus en réponse aux lacunes perçues et obstacles rencontrés par les participantes. D'abord, la flexibilité, soit la nécessité de s'adapter aux circonstances et aux besoins particuliers de chacun, aurait pu faciliter le vécu de la victime dans les services. Cela englobe différentes suggestions spécifiques, par exemple, adapter le nombre de rencontres au besoin, offrir des choix, ou encore, éviter à la victime d'avoir à se déplacer pour recevoir les services. La seconde recommandation de la part des participantes était de faire connaître davantage les services. Cette recommandation ressort également du rapport tiré de l'étude plus vaste qui tient compte de données administratives et d'un sondage et entrevues auprès des répondants régionaux et qui propose la mise en place d'une campagne de sensibilisation à l'échelle provinciale afin

de faire connaître l'existence des centres désignés et de leur place dans l'offre de services aux victimes (Collin-Vézina et al., 2014).

Forces et limites de l'étude

Les études qualitatives telles que celle-ci fournissent des données riches et complexes permettant une profonde compréhension du phénomène à l'étude dont les subtilités capturées pourraient être difficilement recueillies autrement. Considérant la méthodologie utilisée, une des forces de cette recherche est d'avoir permis de décrire en profondeur des aspects peu documentés de l'expérience des victimes, tels que les obstacles perçus ainsi que les besoins, plutôt que d'axer uniquement sur les pratiques des intervenants et la satisfaction des participantes. Les résultats obtenus ont permis de tenir compte autant du type de services reçu que de la façon dont ils sont perçus par ceux qui les reçoivent. Cette dimension était plus difficile à étudier, mais pourtant très importante pour bien comprendre l'expérience et pouvoir mieux répondre aux besoins. Une des forces de cette recherche réside également dans son originalité, puisqu'à notre connaissance aucune étude n'avait encore exploré la perspective des victimes d'agression sexuelle utilisant les services des centres désignés au Québec. Aussi, en raison du sujet faisant l'objet de cette recherche, chaque expérience individuelle a son importance, chaque victime étant unique et ayant droit à des soins adéquats qui répondent à ses propres besoins, ce qu'il a été possible de capturer.

Bien que cette recherche documente plusieurs thèmes communs ayant émergé des entrevues des participantes, la portée limitée de cette étude ne permet pas la généralisation à toutes les victimes ayant reçu des services dans les centres désignés. Des caractéristiques individuelles telles que le genre et l'appartenance à des groupes culturels différents sont des facteurs pouvant influencer les besoins ressentis et la façon dont les participantes ont perçu les services reçus. Les participants de la présente recherche étaient exclusivement de sexe féminin, ce qui pourrait s'expliquer par la faible proportion d'hommes (moins de 10%) dans de la clientèle des centres désignés (Collin-Vézina et al., 2014). Il serait certainement pertinent de se pencher plus spécifiquement sur les expériences des hommes puisque l'expérience des services pourrait être différente selon le sexe de la victime. Aussi, la présente recherche visait à recueillir la perception des adultes uniquement, mais il ne faut pas oublier que les centres désignés desservent également une clientèle composée d'enfants et d'adolescents auxquels il faudrait également s'attarder. De plus, le fait que l'organisation des services et les pratiques des intervenants peuvent varier d'une région à l'autre est une autre raison pour laquelle on ne peut généraliser les résultats à l'ensemble des personnes adultes ayant fréquenté un centre désigné (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Concernant l'échantillon de participants recrutés, un biais pourrait également être induit du fait que les volontaires ont généralement des caractéristiques particulières telles qu'un intérêt particulier pour la recherche, un besoin de plaire, un besoin de dénoncer des problèmes, qui pourrait ne pas refléter correctement l'expérience de la proportion de gens qui choisiraient de ne pas participer à pareille recherche. Aussi, les entrevues ayant

été menées auprès de participantes ayant reçu des services depuis l'implantation des centres désignés remontant déjà à plus de 10 ans, il est possible que des changements importants aient été apportés depuis. Évidemment, la recherche ne reflète pas non plus l'expérience des victimes d'agression sexuelle qui choisissent de ne pas consulter, bien qu'elles puissent aussi avoir besoin de services. Il n'est peut-être pas possible de généraliser des recommandations à toutes les victimes, mais cela permet tout de même de sensibiliser les personnes amenées à intervenir auprès d'elles à certains aspects qui ont été mis en lumière.

Une autre faiblesse importante à la présente recherche est la taille restreinte de l'échantillon, malgré les efforts encourus pour obtenir un plus grand nombre de participants. Ceci pourrait être relié au fait que cette population est difficile à recruter (Ericksen et al., 2002). L'ampleur des démarches exigées par la méthodologie pour procéder à l'entrevue téléphonique, notamment ce qui entoure les appels et retours d'appels nécessaires, ainsi que l'obtention du consentement écrit, a pu représenter une contrainte à la participation. Également, les personnes recevant des services dans les centres désignés ont fait face à une expérience pouvant être traumatisante et délicate, les rendant possiblement moins susceptibles d'accepter de participer à une recherche. Par conséquent, il n'a pas été possible de recruter suffisamment de participants pour atteindre le point de saturation, concept se définissant comme le moment où l'ajout de données supplémentaires ne fait plus ressortir d'éléments de compréhension nouveaux (Pourtois & Desmet, 2013). De plus, la majorité des participantes de la présente

recherche ont eu recours à des services pour une agression ancienne, alors que les centres désignés ne semblent organisés que pour répondre aux agressions datant de moins de six mois chez les adultes. Considérant que l'un des principes de base de l'organisation des services soit d'offrir des services pour toutes les victimes peu importe leur âge et leur sexe, il apparaît important que des services soient organisés aussi pour cette clientèle. Par conséquent, la présente étude ne prétend pas faire un portrait complet de l'expérience des victimes, mais plutôt de comprendre en profondeur ce que certaines victimes ont vécu. Même si une difficulté ou un élément aidant qu'a vécu une participante dans sa trajectoire est unique, il se doit d'être mentionné. Partant du fait que chaque victime devrait avoir droit aux services appropriés, il importe de considérer les trajectoires uniques de chacune des victimes pour que les éléments mentionnés soient pris en compte dans les services offerts.

Une autre limite importante est que les résultats obtenus sont basés sur les souvenirs des participants reliés à leur expérience, qui peuvent ainsi ne pas être tout à fait exacts, d'autant plus que la charge émotionnelle liée à cette expérience peut biaiser leur perception. Recueillir les données sur place permettrait de limiter les oublis, mais compte tenu de l'état de bouleversement dans lequel les victimes peuvent se trouver directement dans le point de service, la collecte de données pourrait compromettre le bien-être des participants et la validité des données (Wasco et al., 2004). Les résultats peuvent donc ne pas avoir capturé l'ensemble des aspects tant positifs que négatifs de l'expérience des victimes, puisqu'elles peuvent avoir omis, volontairement ou non, des informations.

Finalement, bien que certains éléments aient été identifiés comme aidants ou néfastes par les victimes, il n'est pas possible d'établir que ces éléments contribuent ou nuisent effectivement à leur rétablissement. Rappelons que l'objectif n'était pas de prédire l'impact sur le rétablissement physique ou psychologique des victimes, mais il pourrait être pertinent que d'autres études entreprennent cet objectif avec des échantillons plus larges.

Principales retombées et applications

Avec l'objectif d'explorer l'expérience et les besoins des victimes d'agression sexuelle ayant reçu des services dans un centre désigné, la présente recherche a permis d'améliorer les connaissances à ce niveau puisqu'aucune étude avec une visée semblable n'a pu être répertoriée à ce jour. De façon plus générale, par l'intégration avec les écrits dans le domaine, elle ajoute également aux connaissances concernant les perspectives des victimes d'agression sexuelle en ce qui a trait aux services qui leur sont destinés. Les recommandations formulées dans le cadre de la première partie de cette discussion sont présentées ici au Tableau 1. Elles pourront servir à l'amélioration des services. En effet, l'analyse de l'expérience des participantes a permis de mettre en lumière des aspects de leur opinion concernant les services rendus à cette clientèle, tout en jetant un nouveau regard sur leurs besoins et préférences.

Tableau 1

Principales recommandations tirées des résultats de la présente recherche et de leur

mise en relation avec les connaissances actuelles sur le sujet

Concernant les interventions auprès des victimes

- Au plan des attitudes : être disponible, prendre au sérieux (croire), être empathique, demeurer calme, offrir des choix, être discret et aider la victime à se déculpabiliser.
- Fournir des explications claires et être attentif à la compréhension de la victime, tout en prenant soin à ce que les propos ne soient pas interprétés comme un jugement ou un blâme;
- Vérifier la préférence de la victime quant au sexe de l'intervenant;
- Proposer d'offrir un soutien aux proches également;
- Suggérer lors de l'intervention initiale un premier contact avec les différents partenaires afin d'informer et de faciliter les démarches par la suite;

Concernant l'organisation des services

- S'assurer que l'offre de services réponde à l'ensemble des besoins de toutes les victimes en clarifiant notamment la trajectoire pour les adultes dont l'agression remonte à plus de 6 mois puisque les services offerts par les centres désignés ne semblent pas les considérer;
 - Accroître la concertation entre les centres désignés, les organismes communautaires et les services pour les problématiques de santé mentale pouvant être associées;
 - Mettre l'emphasis sur l'intervention psychosociale et le soutien émotionnel,
-

notamment concernant le modèle en huit étapes;

- Offrir une formation appropriée incluant une sensibilisation au personnel œuvrant auprès de cette clientèle sensible.
- S'assurer que le modèle d'intervention tient compte de l'avancement des connaissances sur le développement de pratiques basées sur les données probantes dans ce domaine.
- Prévoir les déplacements s'il y a lieu et tenter de trouver des solutions aux contraintes financières qui pourraient limiter l'accès aux services requis;
- Aiguiller les professionnels de la santé à dépister et reconnaître la problématique ainsi qu'à diriger adéquatement les victimes au besoin;

Concernant la population en général

- Faire connaître les services offerts dans les centres désignés auprès de la population en général.
- Poursuivre les efforts de sensibilisation entourant les mythes et préjugés concernant la problématique de l'agression sexuelle.

Concernant les pistes de recherche à explorer

- Explorer l'accessibilité et les connaissances des intervenants en santé mentale concernant l'agression sexuelle;
 - Se pencher sur la perception des services offerts aux victimes de sexe masculin et celles d'âge mineur ainsi qu'utiliser un plus vaste échantillon;
 - Évaluer les effets des interventions recommandées par le protocole
-

d'intervention médicosociale sur le rétablissement physique et psychologique des victimes.

En plus de ces recommandations, il est possible d'extraire certains constats et implications cliniques de cette étude à partir de l'ensemble des résultats. Premièrement, les services des centres désignés et même des ressources de la communauté semblent peu connus par les victimes et cela représente un obstacle important à différents niveaux. Deuxièmement, les expériences des victimes témoignent d'un besoin de services, notamment concernant le soutien émotionnel, reliés à leur agression à moyen ou long terme et parfois même pour une agression remontant à plusieurs années. Il pourrait être pertinent d'explorer les services offerts au niveau des programmes de santé mentale pour les victimes et de s'assurer d'une trajectoire accessible et adéquate pour cette clientèle sensible. Troisièmement, la présente recherche suggère qu'il y a encore du travail à faire concernant la revictimisation vécue lors de l'expérience dans les centres désignés, que ce soit en raison de l'accessibilité difficile aux services, ou des attitudes négatives telles que blâmer la victime. Il apparaît important de mieux informer et aiguiller les intervenants puisque ceux-ci peuvent sous-estimer l'impact de leurs propos et comportements sur les victimes (Campbell, 2005). La présente recherche amène à souligner qu'il est sans contredit nécessaire de continuer les efforts afin de former les professionnels concernés sur la façon d'intervenir efficacement et adéquatement auprès des victimes d'agression sexuelle. Quatrièmement, une meilleure concertation entre les partenaires apparaît nécessaire afin de répondre à différents obstacles identifiés dans le

cadre de cette recherche. Il est important de s'attarder à la perception des victimes par rapport aux services qui leur sont destinés puisqu'il s'agit d'une opportunité importante de prévenir ou diminuer les conséquences négatives qui sont associées à l'agression sexuelle. Il est également important qu'elles ressentent que ces services correspondent spécifiquement à leur besoin. Il est probable que des services rendus de façon positive pour les victimes ne puissent avoir qu'un impact favorable sur leur accessibilité, en augmentant leur sentiment de confiance envers le soutien que peut leur offrir la société et les ressources visant à répondre à leur besoin.

À partir de ces constats, il serait intéressant que d'autres recherches soient menées à plus grande échelle puisque la généralisation à la clientèle des centres désignés n'est pas possible en raison du devis utilisé. Les éléments trouvés dans l'analyse des entrevues des participantes pourraient être utilisés afin de développer d'autres méthodes d'évaluation des services avec des échantillons plus importants. La recommandation tirée du rapport concernant la recherche plus vaste sur les centres désignés dont est issu le présent projet, visant à instaurer une façon plus systématique de recueillir les informations des caractéristiques de la clientèle et des services reçus (Collin-Vézina et al., 2014), pourrait notamment favoriser l'atteinte de cet objectif. Toutefois, comme l'un des principes de base de l'organisation des services veut que toutes les victimes d'agression sexuelle au Québec puissent accéder à des services d'accueil, de soutien émotionnel, à un examen médical ou médicolégal, à des soins et traitements ainsi qu'à un suivi approprié (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b), il faut tenir compte qu'il s'agit

d'un contexte où chaque victime est importante et se doit de recevoir les services requis selon sa situation unique et particulière. L'utilisation de mesures quantitatives pourrait tout de même permettre de vérifier si les services rendus améliorent ou nuisent au bien-être des victimes qui les reçoivent en utilisant des indicateurs appropriés et quantitativement mesurables. L'importance de s'adapter aux particularités des personnes rencontrées dans le cadre des centres désignés ne doit toutefois pas être perdue de vue.

Conclusion

En conclusion, cette étude qualitative avait comme objectif de permettre une meilleure compréhension de l'expérience des services reçus par le biais des centres désignés et ainsi permettre de cibler des améliorations ou des pistes à approfondir. L'analyse réalisée a permis de mieux comprendre la trajectoire des participantes en approfondissant l'élément ayant déclenché leur recherche de service, la trajectoire parcourue avant de parvenir au centre désigné, leur perception par rapport à différents aspects des services reçus et les obstacles qu'elles ont rencontrés. Il a également été possible de mieux comprendre les besoins ressentis, les attitudes perçues positivement ou négativement, d'apprécier leur niveau de satisfaction et de recueillir leurs suggestions, ce qui permet d'établir certains constats et de formuler des recommandations en vue d'améliorer les services rendus. Ces données qualitatives ont amené différents thèmes qui appuient de façon générale les connaissances actuelles sur le sujet, mais qui apportent certaines nuances reflétant les particularités propres aux centres désignés.

Plusieurs constats peuvent être tirés, notamment qu'il existe une méconnaissance des services offerts par les centres désignés, ce qui représente un obstacle et entraîne un besoin d'être orienté dans les services. Aussi, des besoins persistent parfois longtemps après l'agression et la trajectoire pour ces victimes apparaît peu définie. La satisfaction des victimes est variable, car certains aspects contribuent à faire diminuer leur

appréciation générale, les victimes pouvant vivre différentes formes de revictimisation dans les services. Finalement, elles font parfois face à des difficultés qui semblent pouvoir être expliquées par un manque de concertation entre les différents partenaires. Malgré la volonté et le travail accompli jusqu'à présent afin d'offrir des services médicosociaux ainsi qu'un suivi qui correspond aux besoins de toutes les victimes d'agression sexuelle de la province à travers 77 centres désignés, il est nécessaire de poursuivre les efforts pour améliorer les services auxquels elles ont droit.

References

- Acierno, R., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women : Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(6), 541–563.
- Ahrens, C. E. (2006). Being silenced: The impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *American Journal of Community Psychology*, 38(3-4), 263–274.
- Ahrens, C. E., Cabral, G., & Abeling, S. (2009). Healing or hurtful : Sexual assault survivors' interpretations of social reactions from support providers. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 81–94.
- Ahrens, C. E., Campbell, R., Ternier-Thames, N. K., Wasco, S. M., & Sefl, T. (2007). Deciding whom to tell : Expectations and outcomes of rape survivors' first disclosures. *Psychology of Women Quarterly*, 31(1), 38–49.
- Ahrens, C. E., Campbell, R., Wasco, S. M., Aponte, G., Grubstein, L., & Davidson, W. S. (2000). Sexual assault nurse examiner (SANE) programs: Alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(9), 921–943.
- Beaud, J.-P. (2003). L'échantillonnage. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 251–284). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Beebe, D. K. (1991). Emergency management of the adult female rape victim. *American Family Physician*, 43(6), 2041–2046.
- Brennan, S., & Taylor-Butts, A. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada 2004 et 2007*. Ottawa: Statistique Canada.
- Brickman, J., & Briere, J. (1984). Incidence of rape and sexual assault in an urban Canadian population. *International Journal of Women's Studies*, 7(3), 195–206.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205–1222.

- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women: Outcome complexity and implications for assessment and treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1252–1276.
- Brillon, P., & Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle : Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 125–146.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (2012). The rape victim in the emergency ward. *American Journal of Nursing*, 73(10), 1740–1745.
- Campbell, R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems, 26(3), 355–379.
- Campbell, R. (2005). What really happened? A validation study of rape survivors' help-seeking experiences with the legal and medical systems. *Violence and Victims*, 20(1), 55–69.
- Campbell, R., Adams, A. E., & Patterson, D. (2008). Methodological challenges of collecting evaluation data from traumatized clients/consumers: A comparison of three methods. *American Journal of Evaluation*, 29(3), 369–381.
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 225–246.
- Campbell, R., Long, S. M., Townsend, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2007). Sexual assault nurse examiners' experiences providing expert witness court testimony. *Journal of Forensic Nursing*, 3(1), 7–14.
- Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R., & Coats, S. (2008). A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal of Forensic Nursing*, 4(1), 19–28.
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(4), 313–329.
- Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14(3), 261–275.

- Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M., & Zaragoza-DiesfeldSefl, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 847–858.
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2005). Organizational characteristics of sexual assault nurse examiner programs: Results from the national survey project. *Research in Nursing & Health*, 1(2), 57–64.
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2006). Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 384–398.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the “second rape”: Rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239–1259.
- Canaff, R. (2009). Nobility in objectivity: A prosecutor's case for neutrality in forensic nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5(2), 89–96.
- Cloutier, S., Martin, S. L., & Poole, C. (2002). Sexual assault among North Carolina women: Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(4), 265–271.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, 123–134. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.010>
- Collin-Vézina, D., Dion, J., & Hébert, M. (2014). *Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: Portrait et pistes d'action*.
- Collin-Vézina, D., Dion, J., & Trocmé, N. (2009). Sexual abuse in canadian aboriginal communities: A broad review of conflicting evidence. *A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 7(1), 27–47.
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., Dion, J., David, S., Gagnier, C., & Pelletier, S. (2011). *Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: Portrait et pistes d'action rapport d'étape*. Montréal: FQRSC.

- Comité du Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle. (2006). *Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle d'Ottawa*. Document repéré à <http://www.ottawapolice.ca/Libraries/Publications/Protocole daide aux victimes.sflb.a.shx>.
- Cook, S. L., Gidycz, C. A., Koss, M. P., & Murphy, M. (2011). Emerging issues in the measurement of rape victimization. *Violence against Women, 17*(2), 201–218.
- Decker, S. E., & Naugle, A. E. (2009). Immediate intervention for sexual assault: A review with recommendations and implications for practitioners. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 18*(4), 419–441.
- Du Mont, J., & Parnis, D. (2003). Forensic nursing in the context of sexual assault: Comparing the opinions and practices of nurse examiners and nurses. *Applied Nursing Research, 16*(3), 173–183.
- Du Mont, J., & White, D. (2007). *The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review*. Geneva: World Health Organization.
- Du Mont, J., White, D., & McGregor, M. J. (2009). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine, 68*(4), 774–780.
- Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 17*(3), 203–211.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research: Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review, 3*(4), 473–490.
- Ericksen, J., Dudley, C., McIntosh, G., Ritch, L., Shumay, S., & Simpson, M. (2002). Clients' experiences with a specialized sexual assault service. *Journal of Emergency Nursing, 28*(1), 86–90. <http://doi.org/10.1067/men.2002.121740>
- Fehler-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. (2011). Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence, 26*(18), 3618–3639.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 24*(4), 547–556.

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (2nd ed.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Freyd, J. J., Putnam, F. W., Lyon, T. D., Becker-blease, K. A., Cheit, R. E., Siegel, N. B., & Pezdek, K. (2005). The science of child sexual abuse. *Science*, 308(5721), 501.
- Gaetz, S. (2004). Safe streets for whom? Homeless youth, social exclusion, and criminal victimization. *Canadian Journal of Criminal*, 46(4), 423–455.
- Gannon, M., & Mihorean, K. (2005). La victimisation criminelle au Canada , 2004. *Juristat*, 25(7), 1–28.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (Québec: Au).
- Gouvernement du Québec. (2007). *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006 : Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Auteur.
- Griffiths, H. (2003). Caring for sexual assault survivors: The value of choice. *Nursing*, 35(4), 14–18.
- Hanson, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research*, 3(2), 187–232.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631–636.
- Koss, M. P. (1993a). Detecting the scope of rape: A review of prevalence research methods. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 198–222.
- Koss, M. P. (1993b). Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses. *The American Psychologist*, 48(10), 1062–1069.
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M., & Lichter, E. L. (2003). Depression and ptsd in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 130–142.
- Ledray, L. E. (1999). *Sexual assault nurse examiner (SANE) development & operations guide*. Washington DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice.

- Ledray, L. E., & Simmelink, K. (1997). Efficacy of SANE evidence collection: A Minnesota study. *Journal of Emergency Nursing*, 23(1), 75–77.
- Littel, K. (2001). Sexual assault nurse examiner programs: Improving the community response to sexual assault victims. *Office for Victims of Crime Bulletin*, 4, 1–20.
- Littleton, H. L., & Grills-Tauechel, A. (2011). Evaluation of an information processing model following sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(4), 421–429.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657.
- Martin, S. L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L. L., Moracco, K. E., Dickens, P. a, ... Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 823–837.
- Martin, S. L., Young, S. K., Billings, D. L., & Bross, C. C. (2007). Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(1), 3–18.
- Masho, S. W., & Anderson, L. (2009). Sexual assault in men: A population-based study of Virginia. *Violence and Victims*, 24(1), 98–110.
- Masho, S. W., Odor, R. K., & Adera, T. (2005). Sexual assault in Virginia: A population-based study. *Women's Health Issues*, 15(4), 157–166.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010a). *Guide d'intervention médicosociale*. Québec: Auteurs.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010b). *Protocole d'intervention médicosociale organisation des services et grandes lignes de l'intervention*. Québec: Auteur.
- Ministère de la Sécurité publique. (2008). *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles*. Québec: Auteur.
- Ministère de la Sécurité publique. (2011). *Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec: Auteur.
- Ministère de la Sécurité publique. (2012). *Infractions sexuelles au Québec Faits saillants 2012*. Québec: Auteur.

- Ministère de la Sécurité publique. (2015). *Infractions sexuelles au Québec Faits saillants 2013*. Québec: Auteur.
- Monroe, L. M., Kinney, L. M., Weist, M. D., Dafeamekpor, D. S., Dantzler, J., & Reynolds, M. W. (2005). The experience of sexual assault: Findings from a statewide victim needs assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(7), 767–776.
- Morin, P., Ghosn, A.-M., & Dorvil, H. (2003). Sévices sexuels et physiques envers les femmes présentant des troubles graves de santé mentale : Une recension des écrits. *Santé Mentale Au Québec*, 28(2), 233–250.
- Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. M. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 18018–6.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–338.
- Perreault, S., & Brennan, S. (2010). La victimisation criminelle au Canada, 2009. *Juristat*, 30(2), 1–35.
- Peterson, Z. D., Voller, E. K., Polusny, M. a, & Murdoch, M. (2011). Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 1–24.
- Plichta, S. B., Clements, P. T., & Houseman, C. (2007). Why SANEs matter : Models of care for sexual violence victims in the emergency department. *Journal of Forensic Nursing*, 3(1), 15–23.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2013). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (p. 240). Liège: Madraga.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
- Ranjbar, V., & Speer, S. A. (2013). Revictimization and recovery from sexual assault: Implications for health professionnals. *Violence and Victims*, 28(2), 274–287.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 223–255.

- Resnick, H. S., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M., & Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1317–1333.
- Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 214–219.
- Riggs, N., Houry, D., Long, G., Markovchick, V., & Feldhaus, K. M. (2000). Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Annals of Emergency Medicine*, 35(4), 358–362.
- Rothbaum, O. B., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455–475.
- Roy, S. N. (2003). L'étude de cas. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 159–184). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Shannon, K., Kerr, T., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2009). Prevalence and structural correlates of gender violence among a prospective cohort of female sex workers. *British Medical Journal*, 339(b2939), 1–8. <http://doi.org/10.1136/bmj.b2939>
- Steketee, G., & Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69–86.
- Stermac, L. E., & Stirpe, T. S. (2002). Efficacy of a 2-year-old sexual assault nurse examiner program in a Canadian hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 18–23.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101.
- Symes, L. (2000). Arriving at readiness to recover emotionally after sexual assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(1), 30–38.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246.

- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Finding from the national violence against women survey*. Document repéré à <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>.
- Tourigny, M., & Lavergne, C. (1995). *Les agressions à caractère sexuel. État de la situation, efficacité des programmes de prévention et facteurs associés à la dénonciation*. Montréal: UQAM, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale.
- Ulirsch, J. C., Ballina, L. E., Soward, A. C., Rossi, C., Hauda, W., Holbrook, D., ... McLean, S. a. (2014). Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *European Journal of Pain*, 18(4), 559–566.
- Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20(4), 505–526.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1028–1047.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 821–831.
- Wasco, S. M., Campbell, R., Howard, A., Mason, G. E., Staggs, S. L., Schewe, P. a., & Riger, S. (2004). A statewide evaluation of services provided to rape survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 252–263. <http://doi.org/10.1177/0886260503260246>
- Weist, M. D., Kinney, L., Taylor, L. K., Pollitt-Hill, J., Bryant, Y., Anthony, L., & Wilkerson, J. (2014). African american and white women's experience of sexual assault and services for sexual assault. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(9), 901–916.

Appendice A
Autres définitions de l'agression sexuelle

Définition utilisée par le Ministère de la Sécurité publique

Selon le Code criminel canadien, les agressions sexuelles sont fondamentalement des voies de fait au sens de l'article 265. (1). Ainsi, commet des voies de fait, ou se livre à une attaque ou à une agression, quiconque, selon le cas :

- a) d'une manière intentionnelle, emploie la force, directement ou indirectement, contre une autre personne, sans son consentement;
- b) tente ou menace, par un acte ou un geste, d'employer la force contre une autre personne, s'il est en mesure actuelle ou s'il porte cette personne à croire, pour des motifs raisonnables, qu'il est alors en mesure actuelle d'accomplir son dessein;
- c) en portant ostensiblement une arme ou une imitation, aborde ou importune une autre personne ou mendie.

L'élément distinctif constituant une agression sexuelle est que les voies de fait doivent avoir été commises dans des circonstances de nature sexuelle, de manière à porter préjudice à l'intégrité sexuelle de la victime. (Ministère de la Sécurité publique, 2011, p. 17)

Cette définition précise également que le Code criminel canadien prévoit trois niveaux d'agression sexuelle :

- 1) Agression sexuelle simple (art. 271) — Agression sexuelle qui ne cause pas ou presque pas de blessures corporelles à la victime.
- 2) Agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles (art. 272) — Agression sexuelle à laquelle se rattache une ou des circonstances aggravantes soit :
 - 1) porter, utiliser ou menacer d'utiliser une arme ou une imitation d'arme;
 - 2) menacer d'infliger des lésions corporelles à une autre personne que le plaignant;
 - 3) infliger des lésions corporelles au plaignant;
 - 4) participer à l'infraction avec une autre personne.
- 3) Agression sexuelle grave (art. 273) — Agression sexuelle qui blesse, mutilé ou défigure la victime ou met sa vie en danger. (Ministère de la Sécurité publique, 2011, p. 17)

Outre les agressions sexuelles, une seconde catégorie d'infraction sexuelle est utilisée par ce ministère. Celle-ci est nommée les autres infractions d'ordre sexuel et regroupe les infractions suivantes : « Les contacts sexuels, l'incitation à des contacts sexuels, l'exploitation sexuelle, l'inceste, les relations sexuelles anales non consentantes ou entre personnes de moins de 18 ans, la bestialité et, depuis 2008, la corruption d'enfant, le leurre d'un enfant au moyen d'un ordinateur et le voyeurisme. » (Ministère de la Sécurité publique, 2011, p. i)

Définition utilisée par le Sexual Assault Nurse Examiners Program

« Les définitions légales des termes viol, agression sexuelle et abus variant selon les États, dans le guide, ces termes sont utilisés de façon interchangeable pour désigner tout contact non désiré des organes sexuels d'une personne par une autre, sans égard au sexe des personnes, avec ou sans pénétration et qu'il y ait blessure physique ou non. » [Traduction libre] (Ledray, 1999, p.2)

Définition utilisée par le Centre canadien de la statistique juridique du Canada

« Terme servant à désigner toutes les activités sexuelles non désirées, dont les attaques de nature sexuelle et les contacts sexuels. » (Brennan & Taylor-butts, 2008, p. 7)

Appendice B
Étapes de l'intervention médicosociale

Étape 1. Accueil et soutien émotionnel : On laisse d'abord le temps à la victime de s'exprimer et de préciser ses besoins. L'intervenante ou l'intervenant soutient la victime dans ses démarches.

Étape 2. Orientation de l'intervention : Cette étape consiste à déterminer si l'on fera un examen médical ou médico-légal et, par conséquent, quels instruments seront utilisés. On s'assure également que les consentements requis ont été obtenus.

Étape 3. Histoire médicosociale : On évalue l'ensemble des besoins de la victime et on détermine les examens et les prélèvements pertinents. L'histoire médicosociale est consignée sur les formulaires de la trousse médico-légale ou de la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux.

Étape 4. Examen médical : Cet examen inclut, si cela est pertinent, un examen gynécologique et génital, un test de grossesse et le dépistage des ITS.

OU

Étape 4. Examen médico-légal : Cet examen comprend un examen médical et les prélèvements de la trousse médico-légale.

Étape 5. Soins et traitements : Cette étape inclut, si cela est pertinent, la prévention d'une grossesse ou des ITS, le traitement des lésions et des ITS ainsi que la prescription d'anxiolytiques.

Étape 6. Information et soutien, signalement à la DPJ, déclaration à la police et Références : Cette étape inclut, selon les circonstances:

- le signalement au DPJ;
- l'accompagnement dans la déclaration à la police;
- la prise de rendez-vous pour les suivis médical et psychosocial ;
- la remise de pièces justificatives qui seront nécessaire à la victime pour justifier une absence au travail ou à l'école;
- la transmission des coordonnées d'organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle, dont les CALACS, les CAVAC, les maisons d'hébergement, l'IVAC, etc.

Étape 7. Suivi médical : Cette étape consiste à évaluer les symptômes généraux de nature somatique, à déceler une grossesse, à dépister et à traiter des ITS, etc.

Étape 8. Suivi psychosocial : Cette étape consiste à aider les victimes et leurs proches à composer avec les réactions et les séquelles consécutives à une agression sexuelle. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b, p.12-13)

Appendice C

Description des instruments utilisés pour l'intervention médico-légale

Guide d'intervention médicosociale : Ce guide détaille les interventions médicales et sociales, de même qu'il donne des renseignements sur l'utilisation de la trousse médico-légale et de la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux (formulaires commentés, recommandations, etc.). Il fournit également de l'information sur la problématique des agressions sexuelles, les besoins des victimes, les systèmes judiciaire et social ainsi que sur les ressources auxquelles les victimes peuvent avoir recours. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b, p.13)

Trousse médico-légale: Cette trousse comprend une boîte contenant le matériel approprié pour effectuer les prélèvements nécessaires au cours de l'examen médico-légal ainsi qu'une enveloppe collée sur la boîte contenant 14 formulaires, une lame de réserve, auparavant appelée lame d'état frais, et l'aide-mémoire pour l'intervention médicosociale. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b, p.13)

Trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux : Cette trousse comprend une enveloppe contenant 11 formulaires, une lame de réserve, auparavant appelée lame d'état frais, et l'aide-mémoire pour l'intervention médicosociale. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b, p.13)

Appendice D

Principaux besoins des victimes d'agression sexuelle selon le guide d'intervention
médicolégale

Besoin de protection

Les victimes désirent être protégées contre les représailles, les menaces et le harcèlement de leur agresseur. Elles veulent se sentir en sécurité et à l'abri d'une nouvelle agression sexuelle. Cependant, il n'est pas toujours possible d'assurer le niveau de protection souhaité par la victime. Pour être protégée et se sentir en sécurité, la victime peut avoir besoin :

- d'être orientée vers une maison d'hébergement;
- de déménager;
- d'être entourée de personnes de confiance;
- d'être protégée par la police;
- d'être prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;
- que son agresseur soit contrôlé (arrestation, interdiction de contacter ou d'approcher la victime).

L'intervenante ou l'intervenant explore avec la victime divers moyens pour qu'elle se sente en sécurité, par exemple habiter temporairement chez des personnes de confiance, changer de numéro de téléphone, etc.

Besoins médicaux et de santé

Les victimes ont parfois besoin de soins et de traitements pour leurs blessures, les ITS, la grossesse, ou pour diminuer leur anxiété ou leur insomnie. Elles ont surtout besoin d'information sur la santé, en particulier sur :

- leur intégrité physique;
- les conséquences de leurs blessures physiques;
- le VIH;
- les ITS;
- une grossesse possible;
- les effets secondaires des médicaments prescrits;
- les malaises physiques.

Besoin d'information générale

L'information est sûrement le besoin le plus souvent exprimé par les victimes. À part l'information dont elles ont besoin sur les possibles problèmes de santé liés à l'agression sexuelle, elles s'interrogent sur leurs droits, les recours possibles, leurs obligations. Elles s'interrogent aussi sur leurs réactions, leur vie dans les semaines à venir, etc. Le volet information prend une grande place dans l'intervention médicosociale. Être bien informée augmente chez la victime son sentiment de contrôler ce qui lui arrive, et c'est particulièrement important pour elle, qui vient de subir une perte de contrôle. La demande d'information porte donc sur :

- les réactions habituelles des victimes et l'évolution de ces réactions (il faut leur montrer qu'elles ne sont pas les seules à réagir de cette façon);
- les recours possibles et les services existants;
- les systèmes judiciaire et de protection de la jeunesse;
- les moyens de prévention.

Il est toujours important de remettre aux victimes des documents écrits à la fin de l'intervention médicosociale. Le contexte d'urgence et l'état émotif dans lequel un grand nombre de victimes se trouvent font qu'elles ont souvent de la difficulté à se rappeler tous les détails de l'information qui leur a été communiquée au moment de l'intervention. Divers dépliants ou brochures sur la problématique des agressions sexuelles, les conséquences psychologiques, les soins et traitements médicaux, les procédures policières et judiciaires sont disponibles, dont le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*, un livret produit par la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, accessible en français, en anglais et en espagnol. Il est préférable de remettre la documentation et la feuille d'information pour la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN dans une enveloppe neutre afin de préserver la confidentialité de la victime.

Besoin d'une indemnité

L'agression sexuelle est un acte criminel dont les conséquences sont multiples et variées chez les personnes qui en sont victimes. C'est pourquoi ces dernières peuvent être dédommagées. Cette réparation vise à réduire certaines conséquences du crime et à reconnaître le tort subi. Rien ne peut faire oublier le crime, et les indemnisations accordées ne compensent pas toutes les pertes financières subies.

Besoins fonctionnels

L'agression sexuelle aura des répercussions sur la vie quotidienne de la victime, que ce soit le travail, l'école ou relativement à ses obligations familiales. Ainsi, l'intervenante ou l'intervenant doit prendre le temps de bien évaluer les préoccupations de la victime. Celles-ci peuvent augmenter son niveau d'anxiété et l'empêcher de prendre le temps nécessaire pour s'occuper d'elle-même. Un billet médical pourrait être remis (p. ex. : absence motivée pour l'école ou le travail). (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a, p.6)

Appendice E
Guide d'entrevue semi-structuré

Accueillir la victime et le remercier de participer à l'étude.

Texte d'introduction:

_____ (nom de la personne) je veux vous rappeler que l'appel est enregistré. Je vais prendre quelques petites notes pour m'assurer de ne pas manquer de détails, ne soyez donc pas surpris s'il y a des petits moments de silence à l'occasion.

L'entrevue va consister de trois thèmes qui visent à comprendre la trajectoire que vous avez suivie pour recevoir des services en matière d'agression sexuelle. Je vais principalement vous poser des questions concernant votre expérience face aux services que vous avez reçus.

Pour des fins de statistique, je dois vous poser quelques questions démographiques. Je veux vous rappeler que vous pouvez refuser de répondre à n'importe lesquelles des questions, dans cette section ou dans une autre.

Questions démographiques sur les parents et la famille :

- Âge de la personne interviewé;
 - **Quel âge avez-vous?**
- Ethnicité;
 - **Êtes-vous de nationalité Canadienne? Sinon, quel est votre statut légal au Canada?**
 - **Est-ce qu'il y a un groupe culturel, autre que Québécois ou Canadien auquel vous vous sentez un sentiment d'appartenance?**
- Langue première;
 - **Quelle est votre première langue?**
 - **Est-ce que c'est la langue que vous parlez le plus souvent?**
 - **Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent?**

Questions démographiques et géographiques :

- Région de résidence;
 - **Dans quelle région du Québec habitez-vous?**

Trajectoire des services parcourus et professionnels impliqués:

Les prochaines questions porteront sur la trajectoire que vous avez suivie pour recevoir des services. En gros, le but des questions est de comprendre le chemin que vous avez suivi.

- Étapes depuis le dévoilement pour accéder aux services;
 - **Qui a été la première personne à qui vous avez parlé de l'abus (amis, famille, professionnel)?**
 - **Où exactement êtes-vous allés pour recevoir des services?**
 - **Lorsque vous avez débuté les démarches pour avoir des services, étiez-vous accompagné par une autre personne?**

- Point d'entrée vers les services et ordre chronologique dans lequel les services ont été accédés (ces questions devraient être posées sous le style d'une conversation et peuvent servir simplement à **guider** la discussion);
 - **Pouvez-vous m'expliquer le processus que vous avez suivi pour obtenir des services, étape par étape, depuis le début?**
 - (question pour guider) Quelles ont été les premières actions que vous avez prises pour obtenir des services?
 - Pourquoi avez-vous contacté cette ressource en premier spécifiquement?
 - Qui a été le premier professionnel avec qui vous avez eu un contact?
 - Combien de professionnels avez-vous eu besoin de rencontrer à travers le processus d'obtention de service?
 - Combien de place (lieux physiques) différente avez-vous eu besoin de consulter afin de recevoir tous les services appropriés?
 - Dans quelle langue les services vous ont-ils été offerts?
 - (Si la langue est différente de celle mentionnée plus haut) Êtes-vous à l'aise dans cette langue?
 - Combien de temps s'est écoulé entre l'abus et le moment où vous avez reçu des services?
- Services connus ou inconnus préalablement à la demande;
 - **Étiez-vous au courant que ces services existaient avant d'y faire appel?**
 - (Si les services ont été offerts par un CLSC ou un hôpital) **Saviez-vous que l'endroit où vous avez reçu des services se nomme aussi Centre Désigné (CD)?**
 - Les CD sont des hôpitaux ou des CLSC à travers le Québec qui se spécialise en abus sexuel.
 - Pour le reste de l'entrevue je vais référer au centre comme étant un CD.
- Accueil et orientation (CD):
 - **À votre arrivée au CD est-ce que vous avez été accueilli?**
 - **Est-ce que vous avez été orientés vers les services appropriés?**
- Temps d'attente et endroit d'attente avant que les services soient fournis (CD):
 - **Où avez-vous dû attendre avant d'obtenir des services (lieux)?**
 - **Est-ce que ce lieu était privé?**
 - **Combien de temps avez-vous dû attendre avant de parler à un professionnel?**
 - **Combien de temps avez-vous dû passer au total au CD?**
- Type d'examen (CD):
 - **Est-ce qu'un médecin vous a examiné?**
 - (Si un examen a été fait) **Est-ce qu'il s'agissait d'un examen médical complet incluant des prélèvements?**
 - **Savez-vous si des prélèvements ont été collectés à titre de preuve?**
 - (Si un examen N'A PAS été fait) **Est-ce qu'on vous a donné une explication concernant la raison pour laquelle un examen n'a pas été fait?**

- Signalement et déclaration (CD):
 - Vous m'avez expliqué que vous avez été en contact avec _____ et _____, mais est-ce que vous savez si votre dossier a été signalé à d'autres organismes ou d'autres professionnels tels que la police ou des organismes communautaires?
- Types de suivi et références ayant été offerts à l'enfant (CD):
 - Est-ce qu'un appel de suivi a eu lieu suite à votre visite initiale au CD?
 - Si oui, qui a placé l'appel?
 - Est-ce qu'un suivi médical ou psychosocial a été offert par CD?
 - Est-ce que des références internes vous ont été offertes au CD, tel que dans un autre département?
 - Est-ce que des références externes vous ont été offertes telles que dans des organismes communautaires?
 - Si oui, lesquelles?
 - Est-ce que vous avez fait suite aux références offertes?

L'expérience des victimes face au processus d'obtention des services d'aide en matière d'agression sexuelle prodigués par les professionnels:

Style conversation. Les questions qui suivent traitent de votre expérience personnelle, par rapport au processus d'obtention de services. Donc, si je résume, vous avez mentionné avoir été en contact avec _____, _____ et _____. Je vais maintenant vous poser une série de questions pour m'aider à comprendre exactement quelle a été votre expérience lorsque vous avez obtenu des services.

Chaque question doit être posée individuellement pour chaque professionnel avec qui les victimes ont été en contact. Ainsi, chaque question sera posée à de multiples occasions pour connaître leur expérience avec chaque professionnel.

- Niveau d'explications données à la victime par rapport aux services et au processus s'y rattachant:
 - Est-ce que les services et les étapes qui devaient être suivies vous ont clairement été expliqués par _____ (X professionnel)?
 - Trouviez-vous que ces explications étaient claires et appropriées (est-ce que vous compreniez les expressions utilisées)?
- Degré de professionnalisme et de compétence des travailleurs impliqués dans la distribution des services:
 - Trouviez-vous que _____ (X professionnels) qui était en contact avec vous travaillait de manière compétente?
 - Trouviez-vous que _____ (X professionnels) qui a offert des services démontrait du respect et de l'empathie?
 - Est-ce qu'à un moment, vous vous êtes senti blâmé ou jugé par _____ (X professionnel)?
- Niveau de soutien fourni à la victime par les professionnels:
 - Est-ce que vous vous êtes senti soutenu par _____ (X professionnel) à travers le processus d'obtention de services?

- **Est-ce que vous vous êtes senti comme si vos besoins étaient importants pour _____ (X professionnel), impliqué?**
- Questionnement des professionnels par rapport aux moyens utilisés afin de faire face à l'agression sexuelle;
 - **Est-ce que vous avez été questionné par _____ (X professionnel) à propos de votre façon de faire face aux difficultés émotionnelles liées à l'agression?**

*** POSER CES QUESTIONS UNE SEULE FOIS À LA FIN ***

- Services et références offerts à la victime;
 - **Est-ce que vous avez été recommandé à des services, spécifiquement pour vos besoins?**
 - **Si oui, qui a fait la référence?**
 - **Si oui, lesquels?**
 - **Avez-vous fait suite aux services référés?**
- Aspect des services le plus difficile pour la victime;
 - **Quel a été l'aspect le plus difficile, pour vous, dans l'obtention de services? Pourquoi?**
- Aspect des services le plus utile pour la victime;
 - **Quel a été l'aspect le plus important (indispensable), pour vous, à travers les services? Pourquoi?**
- Interaction avec les partenaires;
 - **Comment est-ce que les autres professionnels impliqués dans votre dossier (police, organisme communautaire) ont pris vos besoins en considération?**
- Niveau de satisfaction en ce qui concerne les services reçus;
 - **Quel est votre niveau de satisfaction générale face aux services que vous avez reçus? Sur une échelle de 1 à 10 – 10 étant le plus haut niveau de satisfaction et 1 étant le plus bas niveau de satisfaction.**

Section finale et suggestions afin d'améliorer les services en matière d'agression sexuelle pour les victimes:

Les questions qui suivent sont les dernières de l'entrevue et portent sur les suggestions que vous pourriez avoir pour améliorer les services d'aide en matière d'agression sexuelle au Québec pour les victimes.

- **Après avoir vécu l'expérience et avoir accédé aux services d'aide en matière d'agression sexuelle, y a-t-il des éléments que vous auriez souhaité voir arriver différemment?**
- **Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à travers le processus?**

- **Avant que nous mettions fin à l'interview, est-ce qu'il y a des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous voudriez discuter par rapport aux services?**

Appendice F
Formulaire de consentement

Perception des services offerts aux victimes d'agression sexuelle

Consentement des participants

Source de financement : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC)

But de l'étude : Le but de ce projet de recherche est de mieux comprendre les expériences des victimes d'agression sexuelle concernant les services reçus au Québec. Cette recherche a pour objectif d'obtenir une meilleure compréhension de la trajectoire parcourue par les participants pour obtenir des services. La façon dont les participants perçoivent les services offerts, ainsi que la façon dont ils ont vécu le processus d'obtention des services seront aussi étudiées.

Déroulement de l'étude : Les participants seront interviewés au téléphone par un membre de l'équipe de recherche sur une ligne confidentielle. L'entrevue devrait durer environ une (1) heure, et abordera des thèmes, tels que leurs perceptions des services mis à leur disposition, leur expérience avec les services disponibles, ainsi que leurs suggestions afin d'améliorer les services offerts.

Compensation: Les participants recevront une carte-cadeau de vingt dollars aux restaurants Tim Hortons pour les remercier de leur temps et de leur participation à l'étude. La compensation sera envoyée par la poste aux participants suivant l'entrevue.

Avantages : En collaborant à cette étude, les participants aideront l'équipe de recherche à apprendre davantage sur les expériences concernant les services pour victimes d'agression sexuelle. Cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances, et pourrait être utilisée pour améliorer les services fournis aux victimes. Les résultats de cette recherche seront présentés au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, accompagné d'une liste de recommandations visant à modifier les politiques ainsi que les services actuels.

Risques potentiels : En participant à cette étude, il est possible que des émotions désagréables liées à l'agression sexuelle subie soient ravivées puisque les participants seront appelés à décrire les services reçus. Certains participants pourront ressentir un léger inconfort, alors que d'autres pourraient se sentir bouleversés à la mention de l'agression qui les a conduits à recevoir des services. La décision du participant de ne pas participer à ce projet de recherche ou de s'en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels il a droit ou sur sa relation avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants. Nous encourageons les participants à faire savoir à l'équipe de recherche s'ils se sentent troublés ou inconfortables à n'importe quel moment de ce projet de recherche.

Participation volontaire : La participation à cette étude est entièrement volontaire. Les participants peuvent refuser de collaborer et retirer leur consentement à tout moment. De plus, les participants peuvent choisir de collaborer à l'étude et conserver le droit de

refuser de répondre à des questions précises ou à prendre part à des éléments spécifiques du processus de recherche. Le refus des participants n'aura aucune incidence sur l'obtention ou la qualité des services de santé et des services sociaux qui leur seront octroyés.

Utilisation secondaire des données: Les données recueillies à travers les entrevues seront utilisées pour compléter cette recherche, mais peuvent également être utilisées dans la création de futurs documents, publications et conférences, ainsi que dans le cadre de présentations.

Confidentialité : Toutes les informations d'identification personnelle obtenues au cours de cette recherche demeureront strictement confidentielles. Les renseignements personnels seront retirés de tous les formulaires et documents, et seront remplacés par un numéro. Par conséquent, le nom des participants, ainsi que leurs informations d'identification, ne seront pas utilisés dans les publications, rapports ou présentations. Les informations seront conservées dans un bureau verrouillé de l'Université McGill. Les seules personnes qui auront accès aux données colligées seront les membres de l'équipe de recherche. La confidentialité peut être rompue sous deux conditions: l'information donnée porte à croire que les participants présentent un risque à eux-mêmes ou pour autrui, ou si l'information partagée indique que la sécurité d'un enfant est, ou pourrait être, compromise. Si ces exceptions ont lieu, l'équipe de recherche devra contacter les autorités appropriées.

Enregistrement audio : À des fins d'analyse de données et afin d'assurer une bonne compréhension des informations discutées, l'entrevue sera enregistrée. Les enregistrements sonores seront régis par les mêmes normes de confidentialité que toutes les autres données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche. Les entrevues seront enregistrées afin de permettre aux chercheurs de retranscrire et de coder les données. Les enregistrements, ainsi que les transcriptions, répondront aux mêmes exigences concernant la confidentialité que toutes autres sources de données recueillies lors du projet. Les enregistrements audio seront conservés pendant cinq (5) ans.

Suivi: Les participants seront contactés par l'intervieweur une semaine après leur entrevue afin de s'assurer qu'ils sont toujours à l'aise avec leur participation dans le processus de recherche et de déterminer s'ils ont des questions supplémentaires pour le chercheur.

Toutes questions ou préoccupations sur le projet peuvent être adressées à David Silva, coordonnateur de recherche (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou encore à Delphine Collin-Vézina, chercheure principale (514 398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Veuillez s'il vous plaît signer pour indiquer votre désir de participer à cette étude.

Nom : _____

Signature : _____ Date : _____

J'ai lu l'information contenue dans ce formulaire et je consens participer à cette étude.

☐ Oui

☐ Non

Je consens à être enregistré.

☐ Oui

☐ Non

Appendice G
Ressources et références pour les participants

Ressources et références pour les participants

Avant d'entamer le processus d'entrevue, l'intervieweur va d'abord s'assurer l'accès à son ordinateur afin d'être prêt à chercher des ressources supplémentaires pour le participant au cas où ce dernier présenterait des besoins divers qui ne sont pas reliés à l'agression sexuelle (dépendances à l'alcool, aux drogues, au jeu, etc.). L'utilisation de l'ordinateur pour trouver des ressources additionnelles d'aide et de soutien s'avère appropriée, puisque cela permettra à l'intervieweur de chercher les ressources qui se trouvent à proximité du lieu de résidence du participant. Les ressources de services en matière d'agression sexuelle pourront également être localisées à travers la province en utilisant le code postal du participant.

Ressources principales :

- <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca> : Ce site Internet regroupe une variété de ressources qui sont localisées partout au Québec. Chaque ressource est expliquée selon la localisation géographique. Les ressources comprennent des numéros de téléphone et des adresses d'organismes tels que le CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels) et le CPIVAS (Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle). Le site propose aussi un numéro de téléphone sans frais qui offre des services d'écoute et des ressources aux victimes d'agression sexuelle et leurs proches. La ligne d'écoute est disponible 24 heures sur 24 et offre des services bilingues (1-888-933-9007).
- <http://www.sante.qc.ca/listes/ta-clsc.htm> : Le site web contient la liste de tous les CLSC de la province et permet à l'intervieweur de localiser le CLSC le plus près du participant selon le code postal de celui-ci.
- La ligne provinciale Info-Santé (811) peut également être utile aux participants qui ont des questions relatives à des problèmes médicaux ou de santé en lien avec l'agression sexuelle, ainsi qu'aux participants qui souhaitent recevoir des services tout en maintenant leur anonymat.

Si le participant semble être bouleversé de quelque façon que ce soit pendant ou après l'entrevue, l'intervieweur posera les questions suivantes:

- Comment vous sentez-vous actuellement après avoir terminé l'entrevue et avoir partagé vos expériences?
- Craignez-vous que les sujets dont nous avons discuté aujourd'hui resteront dans votre esprit pendant un certain temps après la fin de cet appel téléphonique?

- Est-ce qu'il y a certains points dont vous aimeriez discuter ou clarifier avant la fin de cet appel?
- Désirez-vous avoir des informations sur les différentes ressources dans votre région qui pourraient offrir du soutien à vous ou à votre famille?
- Désirez-vous obtenir le numéro de téléphone d'une ligne d'écoute qui offre des services spécialisés aux survivants d'agressions sexuelles, ainsi qu'à leurs proches?

Si le participant semble particulièrement bouleversé et démontre des idées suicidaires ou meurtrières, l'intervieweur suivra le protocole d'évaluation complet des risques:

Évaluation des risques pour des situations à risque élevé:

- Pensez-vous au suicide?
- À quelle fréquence pensez-vous au suicide?
- Vous automutiliez-vous?
- Savez-vous comment vous vous suicideriez?
- Est-ce que ce moyen est accessible?
- Savez-vous à quel endroit (où) vous vous suicideriez?
- Savez-vous quand vous vous suicideriez?

| Code de couleur | PLAN | ACTION |
|-----------------|--|--|
| Vert | Aucun plan | Faire confiance à la personne |
| Jaune | Plan partiel Le plan est partiel lorsque la personne répond OUI à une ou deux des questions « comment »; « où », « quand ». | Intervenir et inviter la personne à prendre soin d'elle. |
| Orange | Le plan est complet, mais ne doit pas être mis en action immédiatement | Référence au centre de crise; suivi |
| Rouge | La personne planifie se suicider juste après l'appel ou au courant de l'appel. | 911 |

Si vous pensez que la situation requiert une évaluation plus détaillée, vous pouvez poser les questions suivantes :

- Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide? Quand? Êtes-vous soulagé ou déçu d'être en vie?
- Espoir, sur une échelle de 1 à 10 (qualifier 1 et 10)? Raisons de vivre?
- Substances (consommation)? Fréquence? Intoxication actuelle?
- Sentiment de contrôle, sur une échelle de 1 à 10 (qualifier 1 et 10)? Vous considérez-vous un danger pour les autres?

- Avec qui habitez-vous? Qui est le plus près de vous en ce moment?
- Comment est votre sommeil? Votre alimentation? Prenez-vous de la médication et la prenez-vous selon la posologie indiquée? Recevez-vous de l'aide professionnelle, autre que pour l'agression sexuelle que vous avez subie ou qu'a subie votre enfant?

Si la personne mentionne vouloir blesser ou tuer autrui :

1. Confirmez que vous prenez la menace au sérieux
2. Trouvez des alternatives à court terme
3. Assurez-vous de la sécurité des autres en fonction du niveau de danger

Valorisez le fait que la personne demande de l'aide.

Posez les questions suivantes

- Qui est ou quelles sont les personnes visées par la menace?
- Comment planifiez-vous blesser ou tuer cette personne?
- Est-ce que ce moyen/cette arme est accessible?
- Où planifiez-vous de blesser/tuer cette personne?
- Quand planifiez-vous de blesser/tuer cette personne?
- Avez-vous déjà blessé ou tué quelqu'un?
- Sentiment de contrôle, sur une échelle de 1 à 10 (qualifier 1 et 10)?
- Avez-vous récemment vécu une perte majeure (relation ou personne)?
- Êtes-vous seul? Qui est avec vous présentement?

Validez la souffrance de la personne :

- Réflétez l'ambivalence de la personne – capacité de rester en contrôle
- Trouvez des éléments de protection – Qu'est-ce qui a fait que vous n'êtes pas passé à l'acte jusqu'à maintenant?
- Clarifier le but de la menace – Comment est-ce que poser ce geste l'aiderait?
- Trouver des alternatives qui iraient vers l'objectif recherché sans blesser les autres

Réévaluer le danger – Est-ce qu'il y a eu des changements depuis la première mention de la menace?

Présenter l'option d'un contrat de vie (un contrat de vie est une promesse que la personne cherchera le soutien d'une personne ou un organisme avant de mettre sa menace à exécution).

Évaluation du danger :

- Si le plan est complet (comment, où, quand)

- Si le moyen/arme est accessible
- S'il y a des antécédents de violence
- S'il y a peu ou pas de sentiment de contrôle
- Si la personne a vécu une perte récente
- Si la personne refuse les alternatives ou le contrat de vie

| Code de couleur | NIVEAU DE DANGER | ACTION |
|-----------------|--|--|
| Jaune | Danger limité Aucun plan ou plan partiel Le plan est partiel si la personne répond OUI à une ou deux des questions « comment »; « où », « quand ». Peu ou pas d'éléments de danger | Intervenir et inviter la personne à prendre soin d'elle. |
| Orange | Danger sérieux non imminent Plan complet, mais ne doit pas être mis en action immédiatement Peu d'éléments de danger | Référence au centre de crise; suivi |
| Rouge | Danger sérieux et imminent | 911 |